N° 69

DE L'AMPUTATION

DE

L'HÉMISPHÈRE ANTÉRIEUR DE L'ŒIL

COMME TRAITEMENT

DE L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 12 juillet 1888

PAR

Antoine SIRE

Né à Azille (Aude)

Élève du Service de santé militaire (Concours 1885)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1888

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Physique médicale.	MOITESSIER (✻)
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER (✻).
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN (✻).
Clinique des maladies mentales et nerveuses (Chargé du cours).	MAIRET.
Anatomie (Chargé du cours).	GILIS.
Botan. et Hist. Nat. méd. (ch. de c.)	GRANEL.
Pathologie interne.	N...

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✻ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✻), DUPRÉ (✻ C. ✠), CAVALIER (✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSE (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
CARRIEU.	VILLE.	GERBAUD.
MAIRET.	GRANEL.	GILIS.
MOSSE (✻).	BOINET.	MALOSSE.
REGIMBEAU (✻).	BROUSSE.	BIMAR.
BLAISE.	FORGUE.	
BAUMEL.	TRUC.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. JAUMES, *président.*

CHALOT, professeur.

TRUC, agrégé.

FORGUE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A mes Oncles Jules et François AZAUBERT

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A. SIRE.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur JAUMES

A Monsieur le Professeur-Agrégé TRUC

Chargé de la Clinique ophtalmologique

A Monsieur le Professeur KIENER

Médecin Principal de l'Armée
Chevalier de la Légion d'honneur

A. SIRE.

INTRODUCTION.

On appelle *ophtalmie sympathique* l'ensemble de troubles fonctionnels ou anatomiques qui peuvent survenir dans le second œil à la suite d'une lésion traumatique ou spontanée du premier. Les statistiques de Rheindorf, de Alt, de Mooren prouvent que les causes traumatiques sont plus fréquentes que les causes spontanées; en première ligne, nous trouvons les blessures du corps ciliaire, de l'iris, de la cornée et de la choroïde, l'enclavement de l'iris, les déplacements du cristallin et en particulier le séjour des corps étrangers non enkystés; parmi les causes spontanées, citons : les perforations de la cornée, surtout si elles sont accompagnées d'une hernie irienne, l'irido-choroïdite, l'ectasie du corps ciliaire, l'ossification de la choroïde, les coques osseuses, les dépôts calcaires, les décollements rétiniens, les hémorrhagies intra-oculaires, la plupart des tumeurs et en particulier, d'après Walton, Gosselin et Longuet (1), les staphylômes cornéens; certains auteurs ajoutent même l'hydrophtalmie et le glaucome; enfin Bérard, Critchett, Galezowski, Mills, Gunn et d'autres ont cité des cas d'ophtalmie sympathique consécutive

(1) Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales. Art. *Ophtalmie sympathique.*

à un traumatisme opératoire et principalement à l'iridectomie et à l'extraction de la cataracte par abaissement. En somme nous pouvons dire, avec Warlomont, qu'une irritation prolongée dans n'importe quelle région de l'œil peut donner lieu à une forme quelconque de l'ophtalmie sympathique; mais remarquons que, de toutes les causes, les lésions traumatiques ou spontanées du tractus uvéal, de l'iris et de la cornée sont de beaucoup les plus fréquentes

Nous n'avons pas à développer et à discuter les diverses théories émises sur la pathogénie de cette affection, d'ailleurs le dernier mot n'est pas encore dit sur cette question si complexe et si controversée; dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible d'admettre exclusivement soit la théorie de la névrite optique de Mackenzie, soit la théorie vaso-motrice des nerfs ciliaires de Tavignot, Muller, Pagenstecher et Czerny, soit la théorie de la névrite ascendante et descendante de Reclus, soit même la théorie infectieuse de Deutschmann, on se heurterait toujours à des observations inexplicables. « Chacune de ces théories, dit M. Ducamp, a pour elle des faits cliniques, anatomiques ou expérimentaux; aussi doit-on admettre que le mode de production des accidents réflexes n'est pas le même dans tous les cas. C'est admettre aussi, du même coup, la possibilité de traitements divers convenant à un certain nombre de cas parfaitement déterminés (1). »

Quant aux nombreuses formes diverses sous lesquelles peut se manifester l'ophtalmie sympathique, nous nous contenterons de les classer en deux grands groupes: 1° les troubles purement fonctionnels de nature irritative; 2° les troubles inflammatoires avec lésions anatomiques se subdivisant en troubles d'inflammation franche et troubles d'inflamma-

(1) Ducamp, *Montpellier médical* 1888.

tion plastique. Bien que Donders et Dianoux (1) regardent la forme irritative comme étant indépendante de l'ophtalmie sympathique et comme n'aboutissant jamais à la forme inflammatoire, il est certain, comme l'ont démontré Rossander, Abadie et la plupart des ophtalmologistes, que les troubles fonctionnels constituent simplement le premier degré de l'affection; cependant, il ne faudrait pas confondre cette irritation sympathique avec les symptômes d'irritation peu graves et presque physiologiques (Reclus) qui surviennent assez souvent dans l'œil sain sitôt que son congénère est un peu irrité; le terme de sympathie est aussi applicable à ces symptômes, comme le fait remarquer Nuel (2), mais ils sont loin d'avoir la signification de l'irritation sympathique vraie; nous croyons que cette distinction a son importance au point de vue du pronostic et du traitement à appliquer; dans le cas d'irritation sympathique vraie, le traitement chirurgical seul est efficace; dans la sympathie physiologique, le repos de l'œil suffira le plus souvent.

En face des accidents sympathiques, quel est le traitement à employer ? Tous les chirurgiens reconnaissent aujourd'hui que, dans la majorité des cas, le traitement médical est insuffisant et qu'il est nécessaire d'intervenir par une opération sur l'œil sympathisant. On a préconisé successivement l'amputation partielle du globe oculaire, l'iridectomie, l'énucléation, l'énervation, l'exentération.

Nous n'avons pas l'intention de faire une étude comparative de ces divers traitements chirurgicaux; d'ailleurs, on sait que contre l'affection qui nous occupe, l'iridectomie est à peu près complètement abandonnée à l'heure actuelle; on

(1) Dianoux, Communication au Congrès d'ophtalmologie 1886.

(2) Nuel, Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques. Art. *Ophtalmie sympathique.*

sait aussi que l'énervation ne compte que très peu de partisans et que l'exentération et surtout l'énucléation sont le plus en honneur.

Pour la plupart des auteurs, l'amputation partielle paraît tombée dans l'oubli. Frappé des excellents résultats obtenus au moyen de cette opération à la Clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-Éloi par notre Maître, M. le professeur-agrégé Truc, nous nous sommes décidé à étudier cette question et à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons cherché surtout à exposer, sans idée préconçue, le fruit de nos recherches sur l'amputation partielle de l'œil, puis nous avons essayé d'en tirer les conclusions qui nous paru découler des faits que nous avons pu recueillir.

Notre travail est essentiellement clinique ; c'est moins une critique de cette opération qu'une revue générale de ses avantages et de ses inconvénients au point de vue opératoire et au point de vue de son efficacité contre l'ophtalmie sympathique. Disons à l'avance que nous n'avons pas tenu grand compte des diverses théories émises sur la pathogénie de cette affection, puisque nous avons déjà vu qu'aucune d'entre elles ne pouvait expliquer tous les cas ; nous nous sommes surtout appuyé sur les faits ; ils valent mieux certainement que toutes les théories les plus ingénieuses.

Nous nous garderions bien de commencer cette étude sans adresser nos vifs remerciements à notre Maître, M. le professeur-agrégé Truc, pour avoir voulu nous autoriser à publier les observations prises dans son service et pour nous avoir indiqué le chemin que nous avions à suivre pour mener notre travail à bonne fin ; les savants conseils qu'il n'a jamais cessé de nous prodiguer, la bienveillance avec laquelle il nous a toujours reçu nous font un impérieux devoir de lui exprimer ici nos plus profonds sentiments de reconnaissance.

Nous devons aussi nos sincères remerciements à M. le professeur Jaumes pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse ; à MM. les docteurs Gillet de Grandmont et Desprès, de Paris, pour les notes inédites qu'ils ont bien voulu nous communiquer ; enfin, à notre ami Ducamp, interne à la clinique ophtalmologique, pour nous avoir donné les renseignements dont nous pouvions avoir besoin.

DIVISION ET PLAN.

Sous le nom d'amputation ou d'ablation partielle du globe oculaire, on a décrit trois sortes d'opérations qu'il faut bien distinguer l'une de l'autre.

I. L'ablation totale de la cornée ou kératectomie ; c'est l'opération de Taylor-Walton.

II. L'ablation de la cornée, d'une partie de la sclérotique et quelquefois d'une partie de l'iris, avec ou sans issue du cristallin : la section passe à travers le corps ciliaire ; c'est la staphylôtomie par le procédé de Critchett.

III. L'ablation de la cornée, d'une partie de la sclérotique, du cristallin, de l'iris et de tout le corps ciliaire ; c'est là la véritable *amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil*, pratiquée la première fois par Watson ; c'est là particulièrement l'opération que nous nous proposons d'étudier.

Bien qu'on n'enlève pas complètement la moitié antérieure du globe oculaire, nous conservons cependant le mot *hémisphère*, de préférence au mot *segment*, parce qu'on désigne souvent, sous le nom d'*amputation du segment antérieur*

de l'œil, la staphylôtomie ou l'opération de Critchett; nous éviterons ainsi toute confusion.

Nous diviserons notre sujet en six chapitres:

I.— Historique du traitement chirurgical de l'ophtalmie sympathique et en particulier des ablations partielles de l'œil.

II.— Manuel opératoire de l'amputation de l'hémisphère antérieur (opération de Watson): ses principales modifications.

III.— Statistique des observations que nous avons recueillies.

IV. — Critique de l'opération; nous nous demanderons quels sont ses avantages et ses inconvénients.

V.—Dans le cinquième chapitre, nous examinerons si elle est efficace contre les accidents sympathiques.

VI. —Si cette opération mérite dans certains cas la faveur des chirurgiens, nous chercherons à en poser les indications et de voir si dans ces cas-là elle est préférable à l'énucléation.

Nous terminerons par les conclusions.

DE L'AMPUTATION

DE

L'HÉMISPHÈRE ANTÉRIEUR DE L'ŒIL

COMME TRAITEMENT

DE L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE

CHAPITRE Ier.

HISTORIQUE.

Malgré les cas douteux d'ophtalmie sympathique rapportés dans la thèse de de Brondeau (1) et attribués à Thomas Bartholin, à Bidlow, à Saint-Yves et à Beer, c'est à Demours que revient l'honneur d'avoir connu le premier cette affection. Dans son *Traité des maladies des yeux*, paru en 1818, cet auteur nous démontre, par des observations nettes, qu'après la perte d'un œil « l'œil sain est, par sa liaison sympathique avec le premier, continuellement menacé du même sort. » Ce chirurgien avait même cherché à traiter la maladie et prescrivait contre elle l'émétique, l'eau de Balaruc,

(1) De Brondeau, Thèse de Paris 1858.

le sel de Seignette, la serpentaire de Virginie, le sel volatil de vipère, les vésicatoires à la nuque et les fumigations toniques. Mais on s'aperçut bientôt que les résultats obtenus n'étaient pas très encourageants, et on chercha ailleurs un meilleur traitement.

Wardrop avait remarqué que les vétérinaires traitaient une affection analogue chez le cheval par la destruction de l'œil primitivement lésé ; aussi, dans son livre publié à Londres en 1819 (*Morbid anatomy of the human eye*), il se demanda si une pareille opération ne pouvait pas être appliquée chez l'homme dans certains cas d'ophtalmie: « On pourrait, dit-il, obtenir aussi quelque avantage en appliquant avec discernement à l'homme, dans certaines affections où le mal, attaquant d'abord l'un des yeux, passe ensuite à l'autre pour y déterminer la cécité complète, l'opération qui réussit si bien chez les animaux. » C'est donc Wardrop qui a proposé la destruction de l'œil sympathisant comme traitement de l'ophtalmie sympathique ; les vétérinaires arrivaient à ce résultat en enfonçant un clou ou en interposant de la chaux entre les paupières ; le chirurgien anglais trouva ce procédé un peu trop cruel et le remplaça par une incision pratiquée sur la cornée, au cristallin et à une partie du corps vitré.

La question, comme le dit Reclus, était placée sur son véritable terrain; cependant, la nouvelle opération trouva peu de partisans: on aimait mieux s'en tenir aux purgatifs, aux toniques et aux antiphlogistiques. Beaucoup plus tard de Graefe revint à la destruction du globe oculaire, mais par un autre moyen ; il avait observé plusieurs cas où le premier œil ayant suppuré rapidement, l'apparition des troubles sympathiques n'avait pas eu lieu; il chercha alors à provoquer la suppuration de l'œil lésé en passant un séton de laine au travers de la cornée : le procédé était dangereux, car la panophtalmie, en dehors de la douleur excessive qu'elle occasionnait, pouvait

retentir sur l'encéphale et amener des complications mortelles; d'ailleurs la fonte purulente de l'œil n'empêchait pas toujours l'ophtalmie sympathique de se produire.

En 1834, Barton, de Manchester, parvient à faire adopter la pratique de Wardrop, en y apportant quelques modifications : toutes les fois qu'il s'agit de faire l'extraction d'un corps étranger dans un œil, il faut, d'après lui, faire une incision sur la cornée et vider l'œil totalement ou en partie; et, dans le *Medical Gazette*, il publie l'histoire de sept opérés chez qui il fit disparaître par ce moyen les troubles sympathiques.

Avec de pareils succès, Barton devait trouver des imitateurs. Crampton se déclare partisan du procédé et Laugier le met en pratique en 1843 à l'hôpital Beaujon.

A partir de cette époque, on s'occupe surtout de la pathogénie des accidents sympathiques. En 1884, Mackenzie (1) crée sa théorie de la névrite optique; il regarde l'affection une fois déclarée comme incurable et conseille, comme traitement préventif, les antiphlogistiques, les altérants et l'incision de Barton.

Cinq ans plus tard, Tavignot combat les idées du professeur allemand ; il explique la sympathie par la névralgie ciliaire (2) et il prescrit le camphre et l'onguent napolitain à l'extérieur, le calomel à l'intérieur, jusqu'à salivation ; parfois même il pratique l'iridectomie sur l'œil sympathisé.

Jusqu'ici on ne connaissait guère que l'iritis sympathique; en 1852, Withe Cooper (3) appelle l'attention des praticiens sur une nouvelle forme, l'irido-choroïdite; et revenant aux idées de Wardrop, propose de combattre cette terrible affection par l'extirpation de l'œil primitivement lésé.

(1) Mackenzie. Traité des maladies des yeux 1844 (trad. par Warlomont et Testelin).
(2) Tavignot. *Gazette des hôpitaux* 1849.
(3) Withe Cooper. *Annales d'oculistique* 1852.

A peu près à la même époque, Prichard (1), de Bristol, pratique plusieurs fois cette opération et obtient vingt succès sur vingt énucléations pour accidents sympathiques ; aussi il n'hésite pas à dire que, lorsque l'inflammation s'empare des parties internes de l'œil sain, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est l'extirpation de l'œil blessé ; et il ajoute que l'opération doit être pratiquée aussitôt que l'œil sympathisé présente des symptômes d'inflammation graves.

A partir de ce moment et sous l'impulsion donnée par Cooper et Prichard, il n'y a plus qu'un traitement contre l'ophtalmie sympathique, l'énucléation ; et c'est en vain que Barth et Scarpa insistent sur les avantages de l'incision de Barton. Cependant, on se récrie contre une thérapeutique aussi rigoureuse. En 1855, Taylor (2) prétend que l'ablation de la cornée suffit souvent à arrêter ou empêcher les phénomènes sympathiques qui, d'ailleurs, peuvent être produits en dehors d'un traumatisme par une affection spontanée. Pour démontrer l'efficacité de son traitement, il cite huit observations, dont les quatre premières appartiennent à Walton, et il fait remarquer, en terminant, que «jamais l'œil n'a suppuré; il est au contraire toujours resté un moignon admirablement disposé pour l'adaptation d'un œil artificiel.»

En 1857, de Graefe fait paraître un mémoire, dans les *Archiv für ophtalmologie*, sur l'ophtalmie sympathique considérée surtout au point de vue thérapeutique, et il recommande l'iridectomie ou la provocation d'une choroïdite purulente.

L'année suivante, de Brondeau (3), en France, étudie dans son «excellente thèse» la symptomatologie de l'ophtalmie

(1) Prichard. *Association médicale* 1854, *Annales d'oculistique*, t. 32.
(2) Taylor, *Annales d'oculistique*, t. XXXIV.
(3) De Brondeau. Thèse de Paris 1858.

sympathique et distingue les troubles fonctionnels des troubles anatomiques; comme traitement, c'est celui des ophtalmies, dit-il, qu'il faut instituer : repos, antiphlogistiques, antispasmodiques, révulsifs, altérants. Du côté de l'œil blessé, il engage les chirurgiens à enlever les corps étrangers et à pratiquer l'ablation de la cornée (opération de Taylor); cependant il croit que les tentatives de Prichard «trouveront, dans certains cas graves, des imitateurs parmi les chirurgiens les plus sages et les plus conservateurs.»

En Allemagne, on étudiait pendant ce temps la question de la pathogénie. Henri Muller, reprenant la théorie de Tavignot, insistait sur le rôle des nerfs ciliaires comme voie de transmission de l'ophtalmie sympathique et, en 1862, Pagenstecher écrivait que les nerfs ciliaires seuls devaient être incriminés.

En Angleterre, on se préoccupait avant tout du traitement. Taylor et Walton s'étaient contentés d'enlever la cornée; Watson (1), s'appuyant peut-être sur la nouvelle théorie pathogénique, trouve la kératectomie insuffisante; il enlève en même temps le cristallin, l'iris et le corps ciliaire; en un mot, il fait l'*amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil.* Mais, à cette époque, l'iridectomie et l'énucléation se partageaient la faveur des chirurgiens et l'opération de Watson passa à peu près inaperçue; à peine trouva-t-elle quelques rares défenseurs.

En 1863, Williams de Cincinnati (2), dans une séance du Congrès ophtalmologique de Paris, proclame hautement les avantages de l'ablation partielle du globe oculaire et va jusqu'à dire qu'avec toute autre opération on ne peut pas obtenir un meilleur résultat. Foucher (3), dans sa traduction

(1) Watson. *Medical Times and Gazette* 1862.
(2) Congrès ophtalmologique de Paris, 1863.
(3) Foucher, traduction de Warthon Johnes.

du petit traité de Warthon Johnes, se déclare aussi partisan des ablations partielles. Warlomont et Testelin, dans leur *Supplément du traité de Mackenzie* (1), pensent que cette opération peut donner de bons résultats, surtout dans les cas de staphylômes cornéens. Guépin, de Nantes, dans les cas de corps étrangers d'un œil, prescrit les vésicatoires, les ventouses et le mercure, mais ajoute fréquemment l'amputation partielle de l'œil et n'a qu'à se louer de sa pratique (2). Enfin Richet, cité par Rondeau (3), vient élever la voix en faveur de l'opération de Watson qu'il a faite un assez grand nombre de fois et dont il n'a eu qu'à se féliciter.

Malgré ces chirurgiens, on continue à regarder l'énucléation comme le spécifique des affections sympathiques, et de Wecker en formule l'indication de la manière suivante (4) : « l'énucléation doit être pratiquée toutes les fois qu'un œil, blessé ou non pour la vue, devient à charge à celui qui le porte, en restant le siège de douleurs continues ou intermittentes d'une certaine intensité. » L'engouement était tel, qu'on abusait véritablement de l'énucléation. En Allemagne surtout, l'opération de Prichard était pratiquée avec un zèle excessif ; c'était, comme le dit Schweiger, de véritables extravagances ; aussi, les protestations de plusieurs ophtalmologistes, de Mauthner en particulier, ne tardèrent pas à se faire entendre : on releva des cas où l'énucléation avait été inefficace ; d'autres où elle avait provoqué des accidents sympathiques ; d'autres enfin où elle avait déterminé une méningite mortelle ; dès lors, l'enthousiasme se calma et on chercha à remplacer l'extirpation de l'œil par une opération moins dangereuse.

(1) Warlomont et Testelin. Supplément du traité de Mackenzie.
(2) Guépin, de Nantes. *Annales d'oculistique* 1865.
(3) Rondeau, thèse de Paris 1866.
(4) *Gazette des hôpitaux* 1865.

Déjà, en 1866, Rondeau, s'appuyant sur la théorie de Pagenstecher et sur les expériences de Brown-Séquard, disait que «la section des nerfs sensitifs de l'œil, au début de l'inflammation du globe oculaire lésé, arrêterait toute action réflexe sur l'organe opposé.» La même année, de Graefe (1) proposait la section ciliaire et en posait les indications, et Meyer (2) pratiquait pour la première fois, en 1867, la *névrotomie ciliaire.*

La nouvelle opération, recommandée par Lawrence, de Londres, et par Secondi, de Gênes, fut bientôt trouvée insuffisante par Mooren et Watson, malgré les efforts de Schweiger pour la rétablir.

Au Congrès ophtalmologique de Londres, en 1872, de Wecker prétend qu'il n'est pas difficile de sectionner le nerf optique, et Boucheron (3), partant de cette assertion, propose la section optico-ciliaire; il est suivi dans cette voie par Dianoux et Abadie, pendant que Verneuil (4) pratique avec succès la *blépharoraphie* dans quelques cas d'ophtalmie sympathique.

Enfin, dix ans plus tard, au Congrès de Magdebourg de 1884, de Graefe, s'inspirant sans doute de la nouvelle théorie infectieuse de Deutschmann, propose un autre traitement chirurgical : l'exentération, défendue plus tard par de Wecker et Mules.

Pendant qu'on avait recours à ces nouvelles opérations, l'ablation partielle de l'œil n'était pas tout à fait abandonnée, malgré les attaques nombreuses dont elle était l'objet. Desmarres et Desprès amputaient l'hémisphère antérieur pour combattre les accidents sympathiques.

(1) de Graefe. *Archiv für ophtalmologie.*
(2) Meyer. *Annales d'oculistique* 1867.
(3) Boucheron. *Gazette médicale de Paris* 1876.
(4) Verneuil. *Gazette hebdomadaire* 1874.

Il y a une quinzaine d'années, le professeur Léon Le Fort, alors qu'il était chirurgien de l'hôpital Lariboisière, était partisan de cette opération, à laquelle il devait des succès remarquables; mais, aujourd'hui, il préfère l'énucléation complète par la méthode de Bonnet.

En 1872, Critchett soutient au Congrès de Londres que, dans certains cas, l'énucléation n'est pas toujours nécessaire. «Chez les jeunes gens, dit-il, c'est, à mon sens, à l'ablation partielle qu'il faut avoir recours de préférence (1).»

Dans sa thèse inaugurale, soutenue en 1874 devant la Faculté de Paris, Kontoléon, s'appuyant sur les observations de Gosselin, de Follin et de Galezowski, condamne l'ablation partielle, dont l'unique avantage prothétique «est souvent annihilé par la suppuration;» cependant, devant les résultats obtenus par Richet, il est obligé d'avouer que cette opération «est souvent pratiquée avec un succès complet et définitif (2).»

Dans une séance de la Société de chirurgie, en 1876, Maurice Perrin, Giraud-Teulon et Trélat insistent sur les inconvénients de l'amputation partielle de l'œil, qui ne met pas à l'abri des accidents sympathiques, et Terrier ajoute que ce procédé, reconnu mauvais par tout le monde, est depuis longtemps abandonné. Desprès seul préconise l'opération.

«Quelques années plus tard, on discutait de nouveau, à la Société française d'ophtalmologie, la question si importante du traitement de l'ophtalmie sympathique. Les opinions les plus diverses furent soutenues; pas une seule fois il ne fut fait mention de l'amputation antérieure, ne fût-ce que pour la blâmer, et, mieux que par les plus solides arguments,

(1) Congrès de Londres, 1872.
(2) Kontoléon (Thèse de Paris, 1874).

l'ancienne opération de Watson fut ainsi condamnée par le silence et l'oubli (1).»

A l'étranger, elle n'eut pas plus de crédit. En Amérique, au Congrès de chirurgie tenu au mois de juin 1883, Chisolm la rejette après l'avoir préconisée quelques années auparavant; Thompson cite des cas où elle a été inefficace, et Noyes lui préfère l'énucléation (2).

En France, l'opération de Watson n'était pas complètement délaissée; en mars 1878, la *Gazette des hôpitaux* publiait une leçon clinique du professeur Badal, dans laquelle on trouve deux observations intéressantes que nous verrons plus loin. D'un autre côté, M. Métaxas, de Marseille, enregistrait 35 guérisons sur 38 ablations partielles, dont la plupart sont rapportées dans la thèse de Raynaut, parue en 1880 (3).

Au mois de mai de la même année, dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier*, le docteur Bloc publiait l'observation d'un malade opéré avec succès à l'hôpital Saint-Éloi par M. le professeur-agrégé Serre.

En 1881, paraît la thèse de Chuffart, dans laquelle l'auteur, étudiant les faits de Desmarres et de Desprès, cherche à rétablir l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil, «opération condamnée sans jugement et qui peut remplacer l'énucléation dans presque tous les cas où celle-ci est pratiquée (4).»

Nous ne faisons que citer ici le nom de Gillet de Grandmont, qui a contribué pour une large part à remettre en lumière l'opération de Watson; nous aurons à rapporter son procédé opératoire et les résultats qu'il a obtenus. Disons

(1) Charles Étienne (Thèse de Nancy, 1886.)
(2) *American medical association Claveland*, 1883.
(3) Raynaut (Thèse de Montpellier, 1880.)
(4) Chuffart (Thèse de Paris, 1881.)

seulement qu'il a inspiré la thèse de Sabaterie (1) (1883), «ce plaidoyer chaleureux» auquel nous ferons de nombreux emprunts.

Indiquons aussi la thèse de Routier (1885) (2) et celle de Charles Étienne (3), qui est une condamnation catégorique de l'opération que nous avons à étudier.

Enfin, mentionnons le mémoire de A. Ducamp (4), communiqué récemment à la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier.

Nous croyons avoir rappelé à peu près tous les ouvrages qui ont trait particulièrement à l'amputation de l'hémisphère antérieur; il serait fastidieux d'énumérer les noms de tous les auteurs qui ont simplement cherché à apprécier cette opération; d'ailleurs, nous les retrouverons en temps et lieu convenables.

En résumé, les ablations partielles de l'œil préconisées d'abord par Taylor, Walton, Watson, rejetées ensuite par presque tous les chirurgiens et remplacées par l'énucléation, remises plus tard en honneur par Richet, Desmarres et Desprès, ne trouvent plus aujourd'hui que quelques rares partisans, parmi lesquels nous devons citer Gillet de Grandmont à Paris, Badal à Bordeaux, et Truc à Montpellier.

(1) Sabaterie, Thèse de Paris, 1883.
(2) Routier, Th. de Bordeaux, 1885.
(3) Charles Étienne, *loco citato*.
(4) Ducamp, *Montpellier médical*, 1888.

CHAPITRE II.

DU MANUEL OPÉRATOIRE ET DE SES PRINCIPALES MODIFICATIONS.

L'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil ou opération de Watson consiste à enlever avec un instrument tranchant la cornée, une partie de la sclérotique, l'iris et le corps ciliaire. On arrive à ce résultat par plusieurs procédés opératoires; nous allons décrire celui que nous avons vu pratiquer à la clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-Eloi par notre Maître, M. le professeur-agrégé Truc; puis nous dirons quelques mots des principales modifications qui nous paraissent dignes d'être rapportées.

Soins préparatoires.— Quelques heures avant l'opération, on fait prendre au malade un grand bain de sublimé et on prescrit l'antisepsie la plus rigoureuse telle qu'elle est pratiquée à la clinique ophtalmologique, et qui consiste principalement en lavages faits dans les culs-de-sac et dans les replis de la conjonctive; si même on se trouve en présence d'un catarrhe chronique des parties voisines de l'œil, on fait des injections antiseptiques dans les points et les conduits lacrymaux et dans les fosses nasales; ces lavages sont faits avec une solution de sublimé corrosif à $^1/_{4000}$ ou mieux de biiodure de mercure à $^1/_{25000}$.

Premier temps. (Dissection de la conjonctive bulbaire).— Le malade étant couché sur le lit d'opération, on fait l'anesthésie la plus complète par le chloroforme en prenant toutes

les précautions nécessaires pour réveiller, s'il y avait lieu, les mouvements respiratoires. L'anesthésie doit être poussée très loin, car l'on doit éviter, de la part du malade, des contractions oculaires qui pourraient, au moment de l'opération, chasser au dehors une trop grande partie du corps vitré. Cela fait, on maintient les paupières écartées avec deux releveurs ou mieux avec un blépharostat, dont l'action est plus régulière. Le chirurgien se place à la tête du malade pour l'œil droit, à son côté pour l'œil gauche ; avec des pinces à fixation tenues de la main gauche et le couteau de de Graefe tenu de la main droite, il détache la conjonctive de la sclérotique, tout autour de la cornée, sur une largeur de 5 à 6 millimètres.

Deuxième temps. (Mise en place des fils de suture).— Le deuxième temps consiste à poser les fils de suture de manière à n'avoir qu'à les serrer sitôt que l'amputation aura été faite. Pour cela, avec une aiguille courbe, on place en croix, d'après la méthode de de Wecker, deux fils très fins de soie ou de catgut à travers la conjonctive bulbaire détachée; on renverse les anses des fils l'une sur le dos du nez et l'autre sur la tempe pour qu'elles ne gênent pas le chirurgien.

Troisième temps. (Taille du grand lambeau supérieur).— L'opérateur, prenant de la main gauche une pince de Waldau ou de Monoyer, fixe l'œil par la partie inférieure de la cornée ; puis, renversant le globe oculaire en dedans, il fait avec le couteau de Beer, tenu de la main droite de façon que le tranchant regarde le front du malade, une première ponction à la partie externe de la sclérotique : cette ponction doit être faite à trois ou quatre millimètres en arrière du bord cornéen et bien au-dessous de son grand diamètre

horizontal, de manière que la section que l'on va faire comprenne au moins les trois quarts de la section totale (ainsi, le petit pont restant sera plus facilement sectionné en un seul coup, ce qui évitera la sortie d'une trop grande quantité d'humeur vitrée); cette première ponction étant faite, l'opérateur fait passer lentement le couteau derrière l'iris dans un plan parallèle à ce diaphragme et pratique la contre-ponction du côté interne du globe oculaire, en un point opposé et symétrique; il ne reste plus qu'à tailler par de petits mouvements de va-et-vient le lambeau supérieur, toujours parallèlement au plan de l'iris.

Quatrième temps. (Taille du petit lambeau inférieur).— Le lambeau supérieur ainsi taillé est maintenu appliqué avec la pince contre le corps vitré. Le chirurgien coupe avec le même couteau, ou mieux avec de fins ciseaux, le petit lambeau inférieur de manière à faire sortir la lame tranchante à trois ou quatre millimètres en arrière du bord inférieur de la cornée. Aussitôt, sans perdre un seul instant, on serre délicatement les fils, on les noue, on en ajoute un ou deux autres si c'est nécessaire, et l'opération est terminée.

Soins post-opératoires. —Il ne reste plus qu'à faire la toilette de l'œil et un bon pansement antiseptique et légèrement compressif; ce pansement est renouvelé tous les jours ou toutes les 36 heures; si les précautions les plus minutieuses, mais indispensables, ont été prises, la suppuration ne doit pas avoir lieu. La cicatrisation se fait sans douleur et est ordinairement terminée à la fin de la quatrième semaine.

Le moignon qui reste est excellent pour la prothèse et nous verrons que c'est là un des grands avantages de l'opé-

ration chez les jeunes sujets et chez les personnes qui se préoccupent beaucoup du côté esthétique.

MODIFICATIONS DU MANUEL OPÉRATOIRE.

Faut-il provoquer l'issue du corps vitré et la suppuration ? — Nous avons recommandé d'éviter autant que faire se peut l'issue du corps vitré et la suppuration pour avoir un moignon le plus gros possible ; aussi nous nous demandons pourquoi M. Métaxas, de Marseille, fait toujours écouler une certaine partie du vitré et pourquoi il provoque la suppuration de la coque au moyen d'une mèche de charpie. Voici d'ailleurs son procédé opératoire : « Les paupières étant préalablement écartées au moyen d'un blépharostat et des élévateurs, le globe est fixé par un fil passé dans la cornée ou mieux encore par un ténaculum ; le chirurgien, se servant d'un bistouri à lame fine ou d'un couteau lancéolaire, pratique en arrière du corps ciliaire une incision de quelques millimètres. Passant ensuite dans la plaie une des branches de ciseaux courbes, il détache circulairement la portion antérieure de l'œil : l'excision ne demande que quelques secondes. Dès que l'œil est ouvert, l'humeur vitrée s'écoule. Généralement, la sortie du liquide est favorisée par la pression digitale ; une portion reste pourtant toujours dans la coque scléroticale et contribue plus tard à donner au moignon un volume suffisant (1). » L'opération terminée, le professeur de Marseille met une petite mèche dans la plaie.

Le seul avantage que pourrait donner l'issue du vitré serait d'obtenir une cicatrisation plus rapide ; mais s'il se fait

(1) Métaxas, cité dans thèse de Raynaut, p. 88.

alors un épanchement *ex vacuo* (car la sortie du vitré y prédispose), que va-t-il arriver? L'augmentation de tension intra-oculaire occasionnera de vives douleurs et on sera peut-être obligé de déchirer la membrane cicatricielle pour faire évacuer le liquide sécrété, comme l'ont fait plusieurs fois Desmarres, Badal et Raynaut; que si, au contraire, on évite la sortie du vitré, l'épanchement *ex vacuo* ne peut se faire et les douleurs consécutives n'existent pas ou sont très légères.

En outre, il est évident que le moignon obtenu sera petit, sans compter que la suppuration pourra quelquefois dépasser les limites et avoir des conséquences funestes. Enfin, le procédé de Métaxas ne mettra pas l'œil sain à l'abri de l'ophtalmie sympathique si la cause de l'irritation réside dans le segment postérieur, puisque, comme il le dit lui-même, il doit rester toujours un peu de vitré. Pour toutes ces raisons et malgré les résultats consignés dans le travail de M. Raynaut, nous condamnons absolument cette pratique.

M. Métaxas n'est pas le seul partisan de la suppuration. M. le Dr Desprès, de Paris, nous a fait l'honneur de nous communiquer dernièrement une note dans laquelle il nous dit: « Pour que l'opération donne tous ses fruits, il ne faut pas réunir; il y a même avantage à ce que l'œil suppure; la rétine étant détruite, toute la cause de l'ophtalmie sympathique a disparu. » Sichel fils est du même avis: « Le chirurgien enfonce l'extrémité de ses deux index dans les culs-de-sac supérieur et inférieur de la conjonctive entre les parois correspondantes de l'orbite et la coque oculaire, et, par une pression des deux doigts l'un vers l'autre, il expulse

tout le corps vitré resté dans les vestiges de la coque oculaire, et la suppuration de la choroïde s'établit bientôt (1).»

M. Badal, de Bordeaux, lui aussi fait écouler parfois une partie du vitré, mais ce n'est que dans les cas où les phénomènes sympathiques ont une marche suraiguë et dans le but d'obtenir une cicatrisation plus rapide; au contraire, quand il pratique l'amputation de l'hémisphère antérieur pour un staphylôme, et quand les accidents sympathiques n'existent pas ou sont très peu marqués, M. Badal évite toujours l'issue de l'humeur vitrée; peut-être en agissant ainsi, la cicatrisation est plus lente, mais du moins le moignon est plus gros et plus mobile; d'ailleurs, il est facile de hâter la cicatrisation en introduisant dans la plaie un stylet mousse de façon à amener une détente de pression (2).

Dissection de la conjonctive bulbaire.—Certains chirurgiens, entr'autres ceux qui ne suturent pas, comme Desmarres, Métaxas, Gillet de Grandmont, ou ceux qui font la suture scléroticale, comme Critchett, ne prennent pas la peine de dégager la conjonctive; par suite, ils enlèvent une partie assez étendue de cette muqueuse. Nous pensons avec M. de Wecker que c'est là un mauvais procédé; en effet, la coque scléroticale, qui se réduit parfois assez fortement, attire vers le milieu de la cicatrice la conjonctive palpébrale, et on obtient ainsi un moignon bien moins apte à la prothèse et pouvant déterminer consécutivement un léger entropion.

Procédé de Desmarres.— Nous devons dire quelques mots du procédé que Desmarres emploie dans le cas de tumeurs de la partie antérieure de l'œil (staphylôme), parce qu'il offre le double avantage de prévenir, d'après lui, l'hémor-

(1) Sichel fils. Traité élémentaire d'ophtalmologie 1879.
(2) Badal. Leçons d'ophtalmologie.

rhagie *ex vacuo* et de pouvoir pratiquer la section en un seul temps. Ce chirurgien fait tenir les paupières écartées avec les élévateurs pleins; il traverse la tumeur par un fil qu'il tient de la main gauche et qui sert à fixer le globe; il fait bâiller les lèvres de la petite plaie qu'a déterminée le passage de l'aiguille, afin de permettre à l'humeur aqueuse de s'écouler lentement; cette petite précaution prévient, paraît-il, l'hémorrhagie *ex vacuo* qui pourrait survenir par une détente trop brusque de la pression intérieure. Cela fait, il prend le staphylôtome de la main droite; cet instrument ressemble un peu à celui de Siebold : il se compose de deux couteaux à cataracte adossés, offrant l'avantage de faire la section en un seul temps. Desmarres pratique la ponction et la contre-ponction comme nous l'avons indiqué, mais au niveau du grand diamètre horizontal de la cornée, à trois millimètres environ en arrière des bords de cette membrane, il fait marcher la pointe droit devant elle jusqu'à ce qu'il ne reste plus en haut et en bas qu'un tout petit pont à sectionner; il achève la division, soit avec le kératotome, soit avec les ciseaux. Il ne suture pas la plaie, mais « au moment où l'hémisphère antérieur de l'œil est près d'être détaché, il convient de mettre un léger temps d'arrêt, afin que l'aide saisisse bien le moment où la section sera complète de manière à pouvoir retirer les élévateurs d'un seul coup; ainsi les paupières viennent s'abattre simultanément sur le globe oculaire, l'œil ne peut se vider, le corps vitré est conservé et l'on a le droit d'espérer une prothèse oculaire parfaite (1) ».

Procédé de Gillet de Grandmont.— « Cette opération se fait pendant le sommeil chloroformique. Elle est précédée, accompagnée et suivie de toutes les précautions antiseptiques que prescrit la chirurgie moderne.

(1) Desmarres, Traité des maladies des yeux.

»Les paupières étant maintenues par un blépharostat, on fixe le globe oculaire avec une pince à dents de rat, un peu au-dessous du diamètre horizontal de la cornée, en saisissant fortement la conjonctive et le tissu épiscléral.

»A l'aide du couteau triangulaire de Beer, on fait à la hauteur du diamètre horizontal une ponction dans le globe à quatre ou cinq millimètres en dehors du bord de la cornée, et, poussant horizontalement le couteau, on détache la moitié supérieure du segment antérieur.

»Lâchant alors le globe et abandonnant le couteau, on saisit le lambeau par sa partie supérieure à l'aide de la pince tenue de la main gauche et on détache le segment antérieur dans sa partie inférieure à l'aide des ciseaux, qui donnent au lambeau la forme régulière qu'il avait dans le haut.

»Un filet de liqueur de Van Swieten pure ou coupée de moitié, suivant que l'on a affaire à un homme ou à une femme, suffit à arrêter l'insignifiant écoulement sanguin provenant des vaisseaux antérieurs. Une compresse imbibée de liqueur de Van Swieten, toutes les deux ou trois heures, constitue le simple pansement.

»La guérison s'obtient par la formation d'une sorte d'exsudat qui couvre en 24 heures la plaie et tombe peu à peu (1)».

M. Gillet de Grandmont ne suture pas; il empêche l'œil de se vider en faisant fermer les paupières. Nous pensons que par ce procédé l'humeur vitrée, pour si peu qu'elle soit ramollie, s'échappera facilement, soit pendant l'opération par la manière de tailler les lambeaux, soit tardivement par manque de suture.

De la suture. — Il est un point du manuel opératoire sur

(1) Communication écrite.

lequel les chirurgiens sont loin d'être du même avis : nous voulons parler de la suture.

Nous venons de voir que Desmarres et Gillet de Grandmont prévenaient la sortie du vitré en faisant fermer les paupières sitôt que la section de l'œil était terminée. Nous avons déjà dit que M. Métaxas provoquait l'issue de cette humeur et la suppuratiou de la coque : c'est dire qu'il rejetait absolument toute espèce de suture. Cependant avec notre Maître, M. le professeur-agrégé Truc, nous croyons que la suture est indispensable ou tout au moins nécessaire, d'abord pour maintenir l'humeur de la chambre postérieure, et en second lieu pour diriger et hâter la cicatrisation qui est beaucoup plus lente si on ne fait pas de suture, puisqu'il faut attendre la formation d'une véritable membrane cicatricielle. On l'a accusée, il est vrai, de produire une sorte d'étranglement qui empêcherait les microbes propagateurs de l'inflammation de s'écouler au dehors ; ces micro-organismes trouvant la porte fermée en avant se porteraient en arrière. Nous croyons que cette objection est un peu trop hypothétique, puisque elle suppose admis que les microbes, rencontrant une issue, ont toujours tendance à quitter l'organisme, ce qui est bien loin d'être démontré.

Il y a donc tout avantage à faire la suture. Mais quelle est la meilleure ?

Si l'on appliquait à l'opération de Watson la suture que Critchett employait pour les staphylômes cornéens, on serait obligé de placer les aiguilles très profondément en plein corps vitré, puisque le couteau devrait passer à 2 millimètres en avant des aiguilles et comprendre cependant, dans la section, le corps ciliaire. Cette suture n'est applicable et n'a été appliquée, pensons-nous, qu'aux cas où la section a passé en avant ou tout au plus au travers de l'iris (première ou deuxième variété d'ablation partielle), c'est-à-dire qu'elle

n'a rien de commun avec l'amputation de l'hémisphère antérieur. D'ailleurs, pour le dire en passant, c'est là une suture mauvaise qui doit être complètement abandonnée : non seulement on irrite le corps ciliaire, mais encore on obtient une réunion en ligne droite et la formation de deux angles saillants contre lesquels viendra butter l'œil artificiel, à tel point que l'on sera peut-être obligé de faire plus tard une opération complémentaire, comme le prouvent plusieurs observations de chirurgiens anglais. D'une façon générale, nous repoussons les sutures sclérales, car si elles procurent quelquefois une cicatrisation rapide, en revanche elles peuvent devenir irritantes, et c'est là un inconvénient qu'il faut éviter avant tout.

Nous ne ferons que citer la suture en blague à tabac de Knapp, faite à travers le tissu épiscléral ; on la trouvera décrite dans le Traité des maladies des yeux de de Wecker et Landolt (1); c'est un procédé qui n'est pas à dédaigner au point de vue de la prothèse, mais qui a l'inconvénient de laisser échapper un peu trop de vitré à travers l'orifice central.

Nous avons déjà indiqué succinctement la suture en croix de la conjonctive bulbaire par le procédé de de Wecker, dont nous avons pu constater les bons résultats dans le service de M. Truc; il nous semble pourtant que ce genre de suture peut présenter le léger inconvénient de laisser échapper une partie du corps vitré par les petits interstices qui séparent les fils; et même il est arrivé quelquefois que, par suite d'une trop forte tension intraglobulaire, les fils ont sectionné la conjonctive et le vitré a été mis à nu (voir observation IX). Voilà pourquoi nous ne serions pas éloigné de donner notre préférence à la nouvelle suture en bourse de

(1) De Wecker et Landolt. Traité des maladies des yeux.

de Wecker (1), qui est décrite de la manière suivante par Masselon : « On saisit, lorsqu'on est placé devant l'œil gauche, la conjonctive en dehors et un peu au-dessus du diamètre horizontal du globe oculaire à 2 ou 3 millimètres de son bord détaché, de façon à comprendre un pli qu'on traverse avec une aiguille munie d'un fil de soie assez solide et bien désinfectée. On prend alors successivement, à la distance de 4 à 5 millimètres, de nouveaux plis qu'on transperce, et l'on arrive ainsi en contournant le bord détaché de la conjonctive, jusqu'à une petite distance au-dessous du diamètre horizontal ; puis l'aiguille est retirée. Est-on placé, pour l'opération de l'œil droit, derrière le malade, on contourne d'abord le bord inférieur pour ressortir un peu au-dessus du diamètre horizontal..., en aucun point le moindre écart de la plaie n'est possible (2). »

En somme, la suture conjonctivale en croix ou en bourse de de Wecker mérite notre préférence. Cependant, nous devons accorder une mention au procédé de Badal ; le professeur de Bordeaux fait la suture conjonctivale en bourse avec du crin de la manière suivante : « On se sert de deux aiguilles munies d'un fil double, les deux bouts du crin placés près du chas de l'aiguille. La première aiguille est passée sous la conjonctive à 4 ou 5 millimètres du point de section ; elle part du côté interne par exemple, fait le tour sur la partie supérieure jusqu'au côté externe. La seconde aiguille passe du côté interne, mais en sens contraire et va, en passant par la partie inférieure, rejoindre le point d'entrée de la première. Ce premier temps terminé, il s'agit de passer les deux fils situés de chaque côté dans l'anneau formé par le crin ; le troisième temps consiste à serrer fortement

(1) De Wecker. Traité des maladies des yeux.
(2) Masselon. *Annales d'oculistique*, t. XC.

et progressivement, et à nouer en travers de la cornée (1). » Nous croyons, avec le Dr Routier, que cette suture doit donner de bons résultats ; d'ailleurs elle se rapproche beaucoup de la suture en bourse de de Wecker.

A quel moment faut-il placer l'œil artificiel?— Avant de terminer le chapitre du manuel opératoire, nous avons à ajouter quelques remarques sur la prothèse oculaire. Nous n'avons pas besoin de dire que l'œil artificiel doit ressembler le plus possible à l'œil physiologique et qu'il doit avoir des dimensions bien déterminées ; mais à quel moment faut-il le placer? Remy, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (2), nous dit qu'il y a avantage à ne pas attendre trop longtemps avant d'appliquer l'appareil prothétique, si l'on veut éviter les déformations de la face consécutives à l'affaissement des paupières et au rétrécissement de la cavité, et il ajoute que l'œil d'émail peut être appliqué de trois à six semaines après l'opération. Mais alors on risque d'entretenir l'inflammation traumatique encore mal éteinte et même de provoquer des phénomènes sympathiques par irritation du moignon, comme le prouvent plusieurs observations. Il est vrai que Remy veut parler surtout de la prothèse après énucléation, car, dans ce cas, il faut s'attacher surtout à prévenir l'atrophie de l'orbite et ses conséquences ; après l'amputation de l'hémisphère antérieur, on n'a pas à redouter ces inconvénients, puisque le gros moignon qui reste remplit presque toute la partie antérieure de l'orbite : aussi nous sommes persuadé que dans le cas particulier, il y a tout intérêt à attendre, pour adapter la pièce prothétique,

(1) Routier. Thèse de Bordeaux, 1885, p. 26.
(2) *Dictionnaire de médecine et de chir. pratiques.* Art. *Œil artificiel.*

que la guérison soit complète et que le moignon ne soit ni douloureux ni sensible au contact, c'est-à-dire qu'on devra placer l'œil artificiel environ deux mois après l'opération.

CHAPITRE III.

ÉTUDE STATISTIQUE DES OBSERVATIONS.

Quand nous avons distingué les trois variétés d'ablations partielles du globe oculaire (opération de Taylor, opération de Critchett, opération de Watson), nous nous sommes proposé d'étudier seulement cette dernière, c'est-à-dire l'amputation de l'hémisphère antérieur; par conséquent, nous laisserons complètement de côté la kératectomie, qui trouve d'ailleurs très peu d'indications en dehors du staphylôme, et l'opération de Critchett qui est à peu près entièrement abandonnée aujourd'hui. Les observations suivantes ne se rapportent donc qu'à la troisième variété des ablations partielles, à l'opération de Watson, dans laquelle, avons-nous dit, la section passe en arrière de l'iris et du corps ciliaire.

Cette opération est appelée indistinctement *amputation de l'hémisphère antérieur* ou *amputation du segment antérieur*. Nous répétons que nous avons conservé la première dénomination qui, sans être très juste, nous permet de ne pas confondre cette opération avec celle de Critchett ou avec tout autre procéde de staphylôtomie à section préirienne ou transuvéale.

Nous avons déjà vu aussi que Desmarres, dans le cas de staphylôme, excisait la plupart du temps l'hémisphère antérieur; voilà pourquoi nous rapprochons son procédé de staphylôtomie de l'opération de Watson.

Les nombreuses recherches que nous avons faites nous ont permis d'arriver à la statistique suivante.

Watson, cité par Sabaterie, a signalé autant de succès qu'il a pratiqué de fois la section partielle.

En 1863, Williams de Cincinnati (1) nous dit qu'il est partisan du retranchement partiel : « J'ai pratiqué cette méthode dans un grand nombre de cas; les douleurs ont toujours cessé promptement, et je n'ai jamais manqué de sauver l'autre œil... on ne peut avoir un meilleur résultat. »

Richet, après avoir fait l'ablation partielle, ne craint plus les ophtalmies sympathiques. « M. Richet, rapporte Kontoléon dans sa thèse (2), nous disait aussi, il y a peu de temps, qu'il a pratiqué plus de trente fois cette opération et il s'en est toujours bien trouvé. »

Chuffart nous dit que Desmarres a fait, de 1864 à 1881, 115 fois l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil et que dans presque tous les cas la guérison était à peu près complète au bout de trente jours (3).

De 1875 à 1881, à l'hôpital Cochin, Desprès a pratiqué 4 fois la même opération avec un succès complet; et M. le professeur Léon Le Fort, qui en était autrefois partisan, lui doit plusieurs résultats remarquables.

En 1881, M. Métaxas, de Marseille, comptait déjà, sur 38 opérations, 35 guérisons d'accidents sympathiques (4).

En 1883, Sabaterie compte 5 succès sur 6 malades opérés par M. Gillet de Grandmond.

Routier publie dans sa thèse un grand nombre de succès obtenus par M. le professeur Badal.

Enfin, à la clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-Éloi, à Montpellier, M. le professeur-agrégé Truc a pratiqué

(1) *Loco citato.*
(2) Kontoléon. *Loco citato*, p. 14.
(3) Thèse de Chuffart, p. 42.
(4) Thèse de Raynaut, p. 86.

4 fois l'opération de Watson, et 4 fois les résultats ont été excellents.

Devant une pareille statistique, on est en droit de se demander comment des hommes de valeur, tels que Follin, Galezowski, de Wecker, Trélat, Gayet, M. Perrin, Panas, Abadie, etc., etc. rejettent l'amputation partielle.

Quelles sont donc les objections de ces auteurs ? C'est ce que nous examinerons, quand nous aurons étudié les observations que nous avons pu recueillir.

I.— Observations d'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil, pratiquée dans un but préventif contre les accidents sympathiques.

L'opération préventive a été pratiquée surtout pour des staphylômes (Desmarres, Badal); quelquefois, mais rarement, pour des traumatismes de la région ciliaire (Dron), pour des leucomes adhérents (Desmarres), pour des kératites suppuratives (Badal), pour des irido-choroïdites (Badal), etc., etc.

Observation I.

BADAL (résumée) (1).

Mme B..., femme adulte, a eu, il y a plusieurs mois, une ophtalmie purulente, qui lui a causé la perte d'un œil; on constate une perforation de la cornée, compliquée d'un staphylôme ayant la forme d'un champignon noirâtre et bosselé. Pas d'irritation sympathique.

M. Badal pratique l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil, en ménageant le plus possible le corps vitré; la ci-

(1) Badal, Leçons d'ophtalmologie.

catrisation se fait lentement, mais la guérison est complète et il reste un moignon sphérique et parfaitement régulier, qui pourra communiquer à l'œil artificiel les mouvements les plus étendus.

Observation II.

DRON (résumée) (1).

Adèle D..., 8 ans, a reçu, le 20 décembre 1882, un traumatisme de l'œil gauche par une tige en fer, qui lui a crevé l'œil sur le coup.

On constate les lésions suivantes : une plaie linéaire intéressant la sclérotique dans une longueur d'environ 1 centimètre, une déchirure irrégulière de la cornée prolongeant la précédente; à l'union des deux membranes, la plaie est déchiquetée ; à travers la déchirure cornéenne, l'iris fait une hernie grosse comme une tête d'épingle. L'œil présente un enfoncement au niveau de la plaie ; un épanchement sanguin occupe toute la chambre antérieure ; le cristallin est luxé en avant. Pas de douleurs. On prescrit des sangsues, de l'ésérine et un bandeau légèrement compressif.

21 décembre. Excision de la hernie et instillations d'ésérine.

Les jours suivants, l'épanchement sanguin se résout et l'amélioration s'accentue de plus en plus.

Au bout de trois semaines, on remarque : légère injection périkératique, absence de névralgies ciliaires spontanées, cornée brillante, mais déformée, cristallin toujours luxé, vision nulle.

18 février. Cristallin réduit de moitié; cornée moulée sur le cristallin. L'injection périkératique a disparu. Jamais trouble inflammatoire ou fonctionnel dans l'œil droit.

(1) Gruson, thèse de Lille, 1883.

A la fin mars, on fait l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil par le procédé de Desmarres. Pansement à l'acide borique ; bandeau compressif.

La cicatrisation est terminée sans accident le douzième jour ; il reste un beau moignon, avec fonctionnement intégral des muscles. «Il eut été possible, sans imprudence, d'adapter l'œil artificiel le dix-huitième jour.»

Observation III.

Thèse de ROUTIER

G. Marcel, 5 ans (Bordeaux). Staphylôme total de la cornée, suite d'ophtalmie purulente. Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil droit, avec suture en bourse, le 26 septembre. Guérit sans complication.

Observation IV.

Thèse de ROUTIER

M^lle^ Blanchard, 25 ans (Bordeaux), sans profession. Staphylôme total de la cornée droite. Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil, avec suture en bourse et au crin, le 1^er^ février 1882. Guérit sans complication.

Observation V.

Thèse de ROUTIER

Grammontain M., 5 ans (Bordeaux). Staphylôme total de la cornée, suite d'ophtalmie purulente de l'œil gauche. Amputation de l'hémisphère antérieur du globe le 26 octobre 1881. Suture en bourse. Guérit sans accident.

Observation VI.

Thèse de ROUTIER

L. Baptiste, 23 ans, manœuvre. Ophtalmie blennorrhagique à l'œil gauche, avec staphylôme total de la cornée. Amputation du segment antérieur de l'œil, avec suture en bourse, le 8 juillet. Guérison le 24.

Observation VII.

Thèse de ROUTIER

Jeanne L..., 9 ans et demi (Bordeaux). Kératite strumeuse ancienne ayant provoqué un staphylôme total de la cornée de l'œil droit. Amputation du staphylôme en arrière du corps ciliaire, sans suture, le 18 mars ; le cristallin et la moitié du corps vitré sont expulsés au moment de l'opération. Le 4 avril, la cicatrisation est complète et le moignon est assez volumineux pour que l'on puisse adapter facilement un œil artificiel.

Observation VIII.

Thèse de ROUTIER

L. Jean, 45 ans, garçon meunier, venant du dépôt de mendicité. Staphylôme opaque de la cornée droite. Amputation partielle du globe, avec suture au crin et en bourse, le 26 avril 1885. Le cristallin et une assez grande quantité du corps vitré s'échappent par la plaie. Guérison le 11 mai.

Remarque. — Notons simplement que, dans ces huit premières observations, il n'y a eu absolument aucune compli-

cation et que la guérison s'est faite dans les meilleures conditions possibles.

OBSERVATIONS DE DESMARRES.

Nous avons parcouru un grand nombre d'observations de Desmarres, et nous avons pu nous convaincre que chez ses opérés l'hémorrhagie et la suppuration n'étaient pas rares ; nous avons constaté même plusieurs cas d'atrophie complète du moignon ; disons aussi que chez plusieurs malades, Desmarres fut obligé de traverser la cicatrice avec un stylet mousse pour donner issue à un épanchement sanguin qui s'était formé consécutivement à l'opération, et qui donnait lieu à de violentes douleurs.

D'ailleurs, il faut se rappeler que Desmarres faisait l'amputation préventive, surtout dans les cas de staphylômes, même volumineux, ce qui peut expliquer en partie les nombreux cas d'hémorrhagie ; de plus, il opérait à une époque où l'antisepsie laissait un peu à désirer, de sorte qu'on peut attribuer la plupart des cas de suppuration, non à l'opération elle-même, mais à un défaut d'antisepsie.

Ajoutons, enfin, que malgré ces inconvénients, la guérison a été définitive à peu près dans tous les cas.

Observation IX.

Thèse de MAVEL (résumée).

Charles S..., 24 ans. A 3 ans, traumatisme de l'œil gauche ayant sectionné la sclérotique ; perte de la vision ; douleurs dans cet œil qui devient glaucomateux. En 1875, M. Abadie fait l'iridectomie ; amélioration jusqu'en janvier 1884, époque

où l'on remarque que l'œil est injecté et douloureux; pas d'accidents sympathiques.

11 novembre. M. Abadie fait l'amputation de l'hémisphère antérieur, et réunit la conjonctive par six points de suture (suture en croix de de Wecker). Les douleurs cessent ; mais la réunion ne s'est pas maintenue, car les fils ont sectionné la conjonctive; le corps vitré est à nu dans toute l'étendue de la section.

Le 2 décembre, le corps vitré est encore à nu sur une étendue de 1 centimètre de diamètre.

La cicatrisation n'est complète que le 15 décembre.

Observation X.

Thèse de ROUTIER.

Mlle P..., 16 ans, lingère (Bordeaux).

Irido-choroïdite suppurative de l'œil droit. Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil le 27 septembre 1882. Douleurs intenses les quatre premiers jours, avec chémosis. Guérison absolue le 19 octobre.

Observation XI.

DE WECKER (1).

Nous avons opéré, en Russie, une jeune fille atteinte d'un staphylôme tellement considérable que les paupières n'en recouvraient même pas la moitié. Un flot de sang s'écoula après l'ablation, et ce ne fut qu'à l'aide d'une compression très énergique que nous parvînmes à arrêter l'hémorrhagie. La suppuration de l'œil s'en suivit.

(1) De Wecker. Traité des maladies des yeux 1867.

Observation XII

Thèse de ROUTIER.

Antoine M..., 45 ans, journalier.

Staphylôme total de la cornée gauche, suite d'ophtalmie blennorrhagique. Amputation du segment antérieur de l'œil sans suture. Perte de presque tout le corps vitré pendant l'opération, le 29 mai 1884. Les quelques premiers jours, chémosis intense, douleurs très fortes. Le septième jour, suppuration du moignon ; cataplasmes ; lavage avec solution d'acide borique.

Guérison le 14 juin. Moignon assez bien conservé.

Observation XIII.

Thèse de ROUTIER.

Marie M..., 22 ans, couturière (Landes).

Blessure de l'œil droit, à l'âge de 6 ans. Kératite traumatique. Staphylôme total de la cornée.

L'iris, les procès ciliaires et une partie de la choroïde sont englobés dans la masse staphylômateuse et l'œil semble, vu la minceur des parois des membranes, devoir se rompre au premier choc. Amputation du segment antérieur de l'œil le 3 novembre, avec suture en bourse. Le staphylôme se rompt dès le début de l'opération. Le lendemain, état du moignon satisfaisant, pas de suppuration. Le surlendemain, chémosis intense ; les crins sont enlevés ; une grande partie du corps vitré s'échappe par les bords de la plaie.

Scarification du chémosis. Douleurs vagues. Légère inflammation et œdème des paupières. Cataplasmes de fécule pendant deux jours.

Le 1er décembre, le moignon commence à s'affaisser, et on voit à son centre un point noirâtre, de la grosseur d'une pièce de cinquante centimes, qui a l'apparence d'un caillot sanguin. Du côté externe, entre le moignon et la conjonctive, léger point de suppuration. Le 3 décembre, le malade ne souffre plus, mais le moignon est bien loin d'être cicatrisé !

Le 10, la guérison est à peu près complète; le moignon est bien disposé pour recevoir un œil artificiel.

Observation XIV.

Thèse de ROUTIER.

Mlle S..., 25 ans (Bordeaux).

Staphylôme total de la cornée de l'œil droit. Amputation de l'hémisphère antérieur, avec suture en bourse, le 8 mars 1882. Légère suppuration pendant les huit premiers jours. Guérison rapide.

Observation XV.

Thèse de ROUTIER.

O. D..., 73 ans, charron (Basses-Pyrénées).

Kératite suppurative de l'œil droit. Destruction de la cornée. Amputation de l'hémisphère antérieur du globe, avec suture en bourse, le 14 novembre. Le moignon suppure pendant quelques jours; néanmoins, le malade est absolument guéri le 3 décembre.

Observation XVI.

KONTOLÉON (1).

Est entré, dans le service de M. le professeur Broca (hôpitaldes Cliniques), un homme robuste et fort, bien portant du

(1) Thèse de Kontoléon. p. 36.

reste, dont l'œil gauche était devenu staphylômateux à la suite d'un accident. On lui a fait l'ablation. Une petite hémorrhagie eut lieu pendant l'opération. Le lendemain, il avait des douleurs atroces et un phlegmon de l'œil se déclarait. L'œil est complètement détruit par la suppuration et le malade est encore en convalescence.

Observation XVII.

Thèse de ROUTIER.

B... Suzanne, 23 ans, sans profession (Bordeaux).

Kératite ancienne ; irido-choroïdite antérieure. Perte absolue de la vision de l'œil gauche. Cornée légèrement conique de l'œil droit, avec tache superficielle centrale. Amputation dé l'hémisphère antérieur de l'œil gauche, avec suture en bourse de la conjonctive, le 17 mars.

Va très bien jusqu'au 30. A ce moment, commencement d'un phlegmon, dû probablement à un abcès du sac lacrymal chez une malade qui venait d'entrer et qui était placée à côté d'elle.

Le 8 avril, érysipèle de la face. Guérie le 24.

Malgré tous ces accidents, il est encore possible de placer un œil artificiel, mais le support en est très douloureux.

On constate une vive irritation de la partie exubérante du moignon donnant lieu à de nombreuses mucosités ; état catarrhal de la conjonctive.

Observation XVIII.

DE WECKER (1).

Il s'agit d'une jeune femme qui avait été opérée, un an auparavant, de l'amputation du segment antérieur de l'œil

(1) De Wecker, Chirurgie oculaire 1879.

droit ; le moignon était tellement sensible que la prothèse oculaire était impossible. De Wecker fut obligé d'énucléer le moignon.

(Il est regrettable que cette observation manque de détails ; il faudrait au moins savoir si l'on avait fait l'opération de Critchett ou l'amputation de l'hémisphère antérieur telle que nous la comprenons).

Observation XIX.

RONDEAU (citée par Kontoléon, p. 17).

M. Follin, à l'hôpital Cochin, a fait l'énucléation du moignon d'un œil qui avait autrefois subi une section du segment antérieur, à cause de blessure ; mais, quelque temps après l'ablation partielle, une ophtalmie sympathique éclatait dans l'œil resté sain, faisant des progrès rapides, et même l'énucléation du moignon fut sans aucun bénéfice pour l'œil secondairement atteint.

Observation XX.

(Résumée), empruntée à une leçon clinique de Gosselin faite en 1871.

Homme adulte. A été blessé dans l'œil gauche par un coup de baïonnette. L'œil s'est vidé en partie, s'est enflammé et un chirurgien a dû pratiquer l'amputation de son segment antérieur. Guérison sans accident ; quinze jours après, c'est-à-dire trop tôt, application d'un œil de verre : moignon douloureux et irritation sympathique.

Malgré les antiphlogistiques et l'iodure de potassium, la maladie s'aggrave du côté droit (choroïdo-rétinite exsudative avec plaques pigmentaires et ecchymoses). On dut recourir à l'énucléation du moignon. Amélioration.

Observation XXI.

GALEZOWSKI (résumée) (1)

Homme de 40 ans. A la suite d'un accident de chasse, a subi l'amputation du segment antérieur de l'œil droit; peu à peu le moignon s'est atrophié. Six ans plus tard, cet homme est pris de plusieurs crises successives d'épilepsie et en même temps l'œil gauche, excellent jusque-là, devient le siège d'une neuro-rétinite hémorrhagique. Une consultation a lieu avec MM. Vulpian, Hardy, Guéneau de Mussy et Legrand du Saulle; d'un commun accord, on décide l'énucléation du moignon, qui est pratiquée par Galezowski. Depuis cette époque, les accidents épileptiques qui revenaient tous les jours ont disparu complètement; l'état général s'est amélioré et la vue de l'œil gauche est redevenue meilleure, tout en restant imparfaite.

A l'examen anatomique, on a constaté qu'il y avait déjà une atropie partielle de la papille.

Remarque. — Les observations que nous venons de rapporter seront étudiées plus loin; mais d'ores et déjà, nous ferons remarquer que nous avons cité à dessein à peine quelques cas d'amputation préventive n'ayant présenté aucune complication; cependant, ces cas sont loin d'être rares et nous pouvons dire même que ce sont de beaucoup les plus nombreux. Nous avons mieux aimé rechercher surtout les observations sur lesquelles s'appuient les adversaires de l'opération de Watson; aussi, on nous reprochera peut-être de ne pas avoir rappelé les mauvais résultats de Follin, Duplay, Trélat, Abadie, etc; nous répondrons, et nous

(1) Communiquée à l'Académie de Médecine de Paris, le 25 décembre 1885.

essayerons de démontrer, dans un autre chapitre, que ces auteurs, pour condamner les ablations partielles de l'œil, se sont basés principalement sur des observations d'amputation préirienne ou trans-uvéale (opération de Taylor ou opération de Critchett), c'est-à-dire que leurs objections n'atteignent par l'opération de Watson.

II.— Observations d'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil pratiquée dans un but curatif contre les accidents sympathiques.

L'amputation de l'hémisphère antérieur n'a été pratiquée comme traitement curatif de l'ophtalmie sympathique que contre la forme irritative et la forme inflammatoire simple; du moins, nous n'avons pas pu trouver d'observation se rapportant à la forme inflammatoire plastique.

Observation XXII.

(Prise dans le service de M. Truc, recueillie par M. Masmejean, interne du service, et complétée par nous).

Marie A..., 45 ans, garde-couches, entre, le 14 novembre 1887, à la clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-Eloi. Elle ne présente pas d'antécédents d'aucune sorte, et c'est la première fois qu'elle a mal aux yeux.

Au commencement du mois de novembre, chargée de soigner un enfant atteint d'ophtalmie des nouveau-nés, elle contracte cette affection dont elle se préoccupe peu pendant quelques jours; épuisée de douleurs, elle se décide enfin à faire appeler le regretté docteur Dumas (de Cette), qui l'avertit de la gravité de la maladie, et lui fait subir un traitement très énergique. Après cinq jours de soins, et le sep-

tième jour depuis le commencement de l'ophtalmie, la malade, n'allant pas mieux, entre à l'hôpital de Cette, où l'on constate les lésions suivantes du côté gauche (1): Paupières œdématiées, œil larmoyant, culs-de-sac remplis de filaments blanchâtres, quelque peu de pus collecté, chémosis très intense, cornée un peu terne et légèrement infiltrée; l'inflammation semble gagner les parties profondes, l'humeur aqueuse est un peu louche, l'iris est décoloré, paresseux et adhérent en certains points; tous ces désordres s'accompagnent de douleurs ciliaires, d'insomnie, d'agitation, et la malade ne voyant plus rien de cet œil est prise de découragement. Le docteur Dumas institue un traitement très actif: scarifications répétées, sangsues à la tempe, cautérisations au nitrate d'argent, instillations d'atropine, compresses chaudes sur les paupières, lavages presque continus à l'eau boriquée à 4 p. 100. Par ce traitement, le chémosis diminue un peu, les douleurs deviennent moins intenses, mais la cornée ne se restaure pas; au contraire elle s'infiltre de plus en plus, s'exfolie et la malade demande alors à aller à Montpellier.

Etat de l'œil gauche au 15 novembre: les douleurs ont reparu, les paupières sont tuméfiées, les conjonctives œdémateuses et on constate un chémosis considérable de la conjonctive bulbaire, principalement du côté interne; la cornée déformée présente plusieurs points d'infiltration et une perforation en haut et en dehors par laquelle l'iris est hernié. La chambre antérieure existe par places, l'iris est plissé et irrégulier.

Traitement: scarifications et cautérisations au fer rouge souvent répétées, sangsues à la tempe, bains sinapisés, compresses froides, purgatifs, cautérisations au nitrate d'argent, ponction de la hernie irienne qui se reforme plusieurs

(1) Nous devons la plupart des détails de cette observation à notre excellent ami L. Siffre, interne à l'hôpital de Cette.

fois, ésérine. Grâce à cette thérapeutique, la malade est à peu près guérie, elle ne souffre plus et n'a jamais présenté aucun symptôme sympathique; elle sort de l'hôpital Saint-Eloi le 23 janvier.

Le 10 février, la malade revient; elle ressent dans l'œil gauche des douleurs intolérables qui s'irradient dans toute la tête. La cornée présente deux saillies à sa partie supérieure.

12 février. On constate du côté droit un léger larmoiement qui s'accentue les jours-suivants. En face de cette menace d'ophtalmie sympathique, M. Truc propose à la malade de lui enlever l'hémisphère antérieur de l'œil gauche.

15 février. L'opération est pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques ; il s'échappe très peu d'humeur vitrée ; suture en croix de la conjonctive; lavage complet; pansement à l'iodoforme légèrement compressif.

17 février. On renouvelle le pansement; les douleurs sont moins fortes du côté gauche; la plaie a bon aspect; mais un peu de vitré menace de s'échapper à travers les interstices laissés entre les fils : on fait un peu de compression.

22 février. La partie du vitré qui faisait hernie est à peu près complètement rétractée.

25 février. On fait un nouveau pansement antiseptique et compressif. L'œil droit a cessé d'être larmoyant, il ne reste qu'un peu d'hémicrânie du côté gauche.

9 mars. Après quelques pansements, la guérison est complète; il n'y a plus aucun symptôme et le moignon est très mobile.

12 mars. On place l'œil artificiel. La mobilité, mesurée au périmètre de Landolt, mesure 65° dans le sens horizontal (35° du côté nasal et 30° du côté temporal), 55° dans le sens vertical (15° en haut et 40° en bas).

14 mars. Il reste toujours quelques douleurs du côté droit. potion avec 2 grammes d'antipyrine.

15 mars. L'hémicrânie a totalement disparu.

16 mars. La malade sort de l'hôpital en parfaite guérison.

Notre ami L. Siffre, interne à l'hôpital de Cette, a bien voulu, sur notre demande, aller voir la malade chez elle, et voici ce qu'il nous écrit à la date du 11 juin: « L'œil artificiel lui va si bien que les personnes qui ne la connaissent pas ne prennent pas garde à son infirmité; l'appareil prothétique est très bien supporté; le moignon est d'une régularité parfaite, il n'est ni enflammé ni douloureux, il est terminé en avant par une surface plane formée par l'écartement des deux lèvres de la sclérotique, et cet écartement est recouvert par la conjonctive qui passe comme un pont, semblable à un voile tendu au devant de l'œil; la conjontive elle-même est un peu mobile sur les parties profondes. Les mouvements oculaires sont conservés, mais le champ d'excursion n'est pas tout à fait aussi étendu du côté opéré que du côté sain et la malade louche légèrement. Pas d'atrophie du moignon et pas le moindre phénomène de sympathie. »

Observation XXIII

(Prise dans le service de M. Truc, recueillie par M. Ducamp, interne du service, et complétée par nous).

Henri T..., cultivateur, âgé de 18 ans, entre à la clinique ophtalmologique le 13 décembre 1887. Dans son enfance, il a eu des glandes au cou et des lésions cutanées ; à l'âge de 3 ans, il fit une chute dans laquelle il se blessa l'œil gauche; depuis cette époque, il a chaque année et par intermittences des douleurs oculaires.

A l'examen fait le jour de son entrée, on constate les phénomènes suivants :

Œil gauche : la conjonctive bulbaire est sillonnée de gros vaisseaux; la cornée, complètement opacifiée, présente un ulcère central avec perforation; la chambre antérieure a entièrement disparu et l'iris, accollé contre la cornée au niveau de l'ulcération, est pour ainsi dire mis à nu; on ne remarque pas d'atrophie bien sensible, mais la tension oculaire paraît avoir un peu diminué. Le malade ne voit absolument rien de cet œil, et se plaint de douleurs paroxystiques.

Œil droit : ne présente rien d'anormal au point de vue anatomique; mais, depuis plus de deux mois, le malade se plaint de douleurs légères, de photophobie et d'un peu de larmoiement.

14 décembre. La mise à nu de l'iris du côté gauche est incriminée de produire les accidents sympathiques du côté droit; la partie de l'iris, mise à découvert, est cautérisée au fer rouge.

15 décembre. L'atrophie de l'œil gauche paraît s'accentuer; mais les douleurs ont été moins intenses des deux côtés.

18 décembre. Le malade avoue qu'il ne souffre plus du côté droit.

20 décembre. Les accidents sympathiques ont totalement disparu du côté droit; mais il reste un peu de rougeur accusée surtout à la partie inférieure de la cornée.

23 décembre. Les douleurs ont reparu dans les deux yeux depuis la veille, cependant avec moins d'intensité qu'avant la cautérisation. Ces douleurs persistent les jours suivants et vont en s'accentuant.

28 décembre. On remarque en plus de la photophobie et du larmoiement; dans ces conditions, M. Truc se décide à pratiquer l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil gauche.

2 janvier. L'opération est pratiquée sous le sommeil chloroformique : après une première section, le cristallin cataracté reste en partie dans le moignon ; on fait alors une nouvelle section, qui produit une issue légère du corps vitré ; suture en croix de la conjonctive (3 fils) et pansement à l'iodoforme un peu compressif.

3 janvier. On renouvelle le premier pansement ; le malade a souffert dans la journée d'hier, et on constate un peu de tuméfaction du moignon ; les sutures sont en bon état et il n'y a pas de suppuration. Lavage de l'œil et pansement. On ne couvre que l'œil opéré.

4 janvier. Nouveau pansement. On constate que deux points de suture sont tombés ; la cicatrisation marche fort bien.

5 janvier. Pansement. On enlève le dernier point de suture et on voit apparaître à peine un peu de vitré.

6 janvier. Le malade se plaint de quelques douleurs siégeant du côté opéré et coïncidant avec les mouvements de l'autre œil. On renouvelle alors le pansement et on recouvre les deux yeux.

8 janvier. Le malade n'a plus ressenti aucune douleur. Les jours suivants, il n'y a rien de particulier à noter ; la cicatrisation marche bien.

20 janvier. La cicatrisation arrive presque à sa terminaison.

28 janvier. La guérison est complète. Un œil artificiel est placé et présente une mobilité très grande, mesurant, au périmètre de Landolt, 75° dans le sens horizontal (45° du côté nasal et 30° du côté temporal) et 40° dans le sens vertical (10 en haut et 30 en bas).

9 février. De tous les symptômes, il ne reste plus qu'une très légère photophobie, et le malade sort de l'hôpital.

Ce malade n'a plus reparu à la clinique, et nous n'avons pas pu le revoir.

Observation XXIV.

(Prise dans le service de M. Truc, recueillie par M. Ducamp, interne du service, et complétée par nous).

Ulysse A..., écolier, âgé de 9 ans, se présente à la clinique ophtalmologique le 10 janvier 1888. A l'âge de 2 ans, il reçut un éclat de verre dans l'œil droit, et, depuis ce moment, il éprouve par intervalles des douleurs intraorbitaires dans cet œil, et parfois des douleurs moins fortes dans l'œil gauche.

Etat actuel au 10 janvier 1888. Œil droit: les paupières sont normales; léger kératoglobe, avec un peu de ramollissement du globe oculaire. L'œil, déprimé en gouttière par des brides horizontales, paraît légèrement atrophié; la cornée est petite et transparente à la partie supérieure, mais infiltrée à la partie inférieure. La chambre antérieure diminuée de volume est à moitié remplie de sang, et l'iris est déchiré transversalement.

Œil gauche: Il présente un peu de larmoiement et de photophobie; il est le siège de douleurs intermittentes. L'acuité visuelle est égale à 1.

13 janvier. En présence de ces accidents d'irritation sympathique, M. Truc pratique l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil; pendant l'opération, il s'échappe une petite quantité d'humeur vitrée, qui est un peu ramollie.

14-19 janvier. Pansements antiseptiques et légèrement compressifs.

21 janvier. Le pansement est un peu souillé de sang, mais la cicatrisation marche très bien.

28 janvier. La cicatrisation est complète; les phénomènes

sympathiques ont complètement disparu. Il reste à peine un peu de photophobie.

Œil artificiel très bien supporté; la mobilité, mesurée au périmètre de Landolt, donne 35° dans le sens horizontal (15° du côté nasal et 20° du côté temporal) et 40° dans le sens vertical (20° en haut et 20° en bas).

2 février. Exeat.

A la date du 27 juin 1888, le docteur Nicolas, de Paulhan, nous écrit: «Le jeune Ulysse A... se trouve parfaitement bien de son amputation. Il n'y a aucune douleur ni dans l'œil opéré, ni dans l'œil sain; le moignon qui reste est parfaitement mobile. L'œil artificiel est bien supporté et n'occasionne aucune souffrance.»

Observation XXV.

(Prise dans le service de M. Truc, recueillie par M. Ducamp, interne du service, et complétée par nous).

Antonin D..., 17 ans, tonnelier, entre à l'hôpital Saint-Éloi, le 25 avril 1888, pour une lésion de l'œil gauche. Ses antécédents héréditaires généraux sont bons; ses antécédents héréditaires oculaires également. Lymphatique; c'est la première fois qu'il a mal aux yeux.

La maladie actuelle remonte à trois semaines, et a commencé par une sensation de picotement, par de la rougeur et de la cuisson; puis le malade a ressenti quelques douleurs de tête localisées principalement à la région périorbitaire. Le traitement suivi jusqu'au jour de l'entrée à la clinique a consisté surtout en collyres (?).

État actuel: L'œil droit est normal; on constate à peine quelques vaisseaux conjonctivaux. Œil gauche: la vue est absolument nulle; on y remarque une rougeur très considérable de la conjonctive. La cornée est complètement ramollie, largement perforée en bas et en dehors; en cet en-

droit, l'iris fait une hernie de la grosseur d'un petit pois. Autour du nez, il y a un fort eczéma impétigineux, qui s'étend surtout dans la région périorbitaire du côté lésé. Le malade est véritablement «bourré de lymphe.»

Le 29 avril, l'œil droit présente un peu de photophobie et est légèrement douloureux à la pression; il y a donc un peu d'irritation sympathique.

En présence de cette menace d'ophtalmie dans le côté sain, M. le professeur-agrégé Truc pratique, le 2 mai, l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil gauche; pendant l'opération, il n'y a eu qu'à noter un léger écoulement sanguin provenant des vaisseaux de la conjonctive, mais qui a cédé de suite à un simple lavage ; une petite partie du corps vitré s'est échappée au dehors. La suture en croix de de Wecker a été faite avec des fils de catgut; l'antisepsie la plus rigoureuse a été pratiquée avec le biiodure de mercure. Pansement à l'iodoforme légèrement compressif.

Aux premiers pansements, on ne remarque rien de particulier, si ce n'est que les croûtes d'eczéma sont en très grande quantité, surtout dans le sillon nasal.

6 mai. Œdème considérable de la paupière supérieure, mais l'œil va bien.

7 mai. L'œdème a encore augmenté : la partie antérieure du moignon est recouverte d'un liquide de sécrétion à aspect muco-purulent ; on se demande si c'est véritablement du pus.

12 mai. L'œdème a diminué, et ce qu'on a pris pour une sécrétion muco-purulente est tout simplement le catgut infiltré.

17 mai. L'œdème a augmenté : on prescrit des cataplasmes et des applications de poudre de calomel.

22 mai. A l'aspect et au volume du moignon, on voit que la suppuration n'a pas eu lieu.

(1) Il faut dire que M. Truc avait déjà réséqué la hernie irienne, ce qui n'avait donné aucun résultat. V = 0.

24 mai. La guérison est à peu près complète; le moignon est considérable et presque complètement cicatrisé; sa mobilité est très grande.

4 juin. Le malade sort tout à fait guéri; on lui recommande de venir dans un mois pour l'œil artificiel.

M. Truc a revu ce malade il y a à peine quelques jours : la guérison est définitive et la prothèse parfaite.

Observation XXVI.

BLOC (résumée) (1).

Pierre R..., 73 ans, reçut en 1876 un éclat de bois sur l'œil droit; une kératite très grave s'en suivit; on remarqua bientôt une perforation de la cornée et une hernie de l'iris, ce qui détermina quelque temps après de l'irritation sympathique dans l'œil gauche. La cornée de l'œil droit devint staphylômateuse.

En présence de pareils accidents, M. le professeur-agrégé Serre pratiqua l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil avec la suture de de Wecker; il ne s'écoula que très peu d'humeur vitrée.

Après une légère suppuration, le malade sortit guéri le 20 mars; il avait été opéré le 1er du même mois.

Observation XXVII.

Thèse de SABATERIE (résumée).

Homme de 45 ans. Bonne constitution. Perte de l'œil droit à la suite d'une blessure par coup de canif remontant à 30 ans: ophtalmie avec hernie de l'iris et cataracte traumatique consécutives. Amélioration par traitement approprié;

(1) *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier* 1880.

mais il reste cataracte et perte de la vue. En mars 1881, irido-choroïdite récente et de Wecker propose énucléation, le malade refuse ; en mars 1882, les phénomènes deviennent plus intenses à droite, et à gauche il y a de la fatigue, de la douleur à la pression. Panas fait iridectomie légère amélioration : à gauche, la fatigue et la douleur reparaissent, l'acuité visuelle baisse.

Œil droit : cicatrice cornéenne de 8 millimètres, humeur aqueuse trouble, synéchies postérieures, dépôts plastiques sur l'iris.

Œil gauche : fatigue, pesanteur, douleur à la pression, acuité visuelle diminuée ; rien à l'éclairage oblique et à l'ophtalmoscope.

Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil par Gillet de Grandmont, le 9 mai. Sortie le 19. Guérison un mois après. Prothèse au bout de 3 semaines. Guérison non démentie plusieurs mois après.

Observation XXVIII.

Thèse de SABATERIE (résumée).

Enfant de 9 ans. Blessure pénétrante de l'œil gauche par plume métallique : légère hémorrhagie, vision perdue brusquement, douleurs vives et persistantes. — A l'œil gauche : emphysème des paupières, plaie de la cornée de 1/2 cent. de long à bords déchiquetés, cornée emphysémateuse, pus dans la chambre antérieure, douleurs très vives, larmes abondantes. — Œil droit : légère rougeur, légère photophobie, douleur, larmoiement. Fièvre à 39°5.

Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil gauche par Gillet de Grandmont. Le soir, les douleurs ont diminué et la fièvre a disparu ; œil droit normal. Suites de l'opération heu-

reuses. Guérison complète en trois semaines. Bonne prothèse un mois après. Revu plusieurs mois après dans des conditions parfaites.

Observation XXIX.

Thèse de SABATERIE (résumée).

Jeune fille de 15 ans, lymphatique. Perte de l'œil droit par coup de canif. Depuis cinq ans, douleurs irradiées, intermittentes, chaque année et à peu près à la même époque et disparaissent chaque fois par traitement antiphlogistique. Le 19 février 1882, les douleurs ont reparu très fortes ; depuis deux ou trois jours, fatigue et trouble à gauche ; globe droit volumineux, paraît commencer à s'atrophier, cicatrice cornéenne de 7 millimètres d'étendue, cristallin cataracté, conjonctive injectée, paupières rouges, larmes abondantes. A gauche, diminution de l'acuité visuelle et un peu de photophobie, légère douleur à la pression ; rien à l'ophtalmoscope.

Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil par Gillet de Grandmont ; disparition rapide des phénomènes ; cicatrisation en quelques jours ; moignon superbe. « Il est impossible de dire à première vue quel est le bon œil. » Revue plusieurs mois après, pas la moindre douleur.

Observation XXX.

Thèse de SABATERIE (résumée).

Ouvrier, 35 ans, excellente constitution.

Le 2 juillet 1880, traumatisme de l'œil droit, inflammation et perforation de la cornée avec suppuration. Antiphlogistiques ; cicatrisation et disparition de tous les symptômes, mais la vue est trouble.

12 avril 1882, douleurs intenses, larmoiement, de petits abcès se forment. Le 15 mai, à gauche, douleur, larmoiement, trouble, photophobie, acuité visuelle diminuée, conjonctive rouge; on ne constate rien à l'ophtalmoscope.

Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil par Gillet de Grandmont. Le lendemain, les douleurs ont disparu et au bout de quatre jours plus rien. Guérison le 27 mai. Le 18 juin, on place l'œil artificiel. « Il a fait l'étonnement de tous ses amis et connaissances qui croient qu'on lui a remis un œil physiologique... Ce malade nous a donné, tous les mois, de ses nouvelles. C'est là, nous pouvons le dire sans crainte d'être démenti, un résultat merveilleux.»

Observation XXXI.

Thèse de CHUFFART (résumée).

M. A..., 54 ans. A droite, abcès de la cornée suivis d'une perforation avec hernie consécutive de l'iris qui est incessamment tiraillé et occasionne de vives douleurs au malade. Un an après, à l'œil gauche: douleurs, diminution de l'acuité visuelle, vaisseaux de la papille turgescents.

En présence de ces phénomènes d'irritation sympathique, Desmarres pratique l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil droit; le lendemain, plus de douleurs; guérison complète au bout d'un mois. Le moignon est très bien conformé.

Observation XXXII.

Thèse de RAYNAUT (résumée).

Marius A..., 29 ans, a perdu l'œil gauche par traumatisme à l'âge de 12 ans et porte un œil artificiel; le moignon est un

peu sensible de temps en temps. Dix ans après, il reçoit un coup sur le moignon, ce qui occasionne des douleurs très fortes, presque continues et augmentées à la pression ; en même temps, irritation sympathique du côté droit.

Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil gauche par M. Métaxas ; suppuration et cicatrisation au bout d'un mois. Disparition rapide des douleurs, amélioration lente dans la vision. Moignon assez volumineux, insensible, supporte bien l'œil artificiel, qui est doué de mouvements très étendus et tout à fait semblables à ceux d'un œil normal.

Neuf ans après, la guérison ne s'est pas démentie.

Observation XXXIII.

Thèse de CHUFFART (résumée).

M. P... a été opéré de la pupille artificielle, il y a 18 ans, pour un symblépharon à la suite d'une brûlure de l'œil gauche ; l'œil droit a été complètement perdu lors de l'accident.

En mars 1880, irido-choroïdite et douleurs à droite, avec troubles fonctionnels sympathiques à gauche.

Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil droit par Desmarres ; disparition des troubles fonctionnels aussitôt après l'opération. Guérison complète deux mois après.

Observations XXXIV et *XXXV.*

Léon LE FORT (empruntées à Reclus) (1).

A notre connaissance, M. Léon Le Fort a pratiqué cette opération (amputation de l'hémisphère antérieur) à l'hôpital Lariboisière et nous avons par devers nous l'observation de deux avocats de Paris qui ont subi cette amputation par-

(1) Reclus, De l'ophtalmie sympathique (thèse d'agrégation). Paris 1878,

tielle, l'un pour un sarcome de la choroïde, l'autre pour un staphylôme; le premier est guéri, il n'y a point eu de récidive dans le segment postérieur et tous les accidents sympathiques ont disparu. Le second éprouverait encore quelques légers troubles fonctionnels.

Observation XXXVI.

Dr PONCEL (résumée) (1).

X., matelot, 34 ans, débilité par des pertes de sang à la suite d'un ictère des pays chauds. Perte de la vision à gauche, avec douleurs, cornée staphylômateuse, épanchement considérable de sang dans la chambre postérieure. Bientôt l'œil droit devient douloureux et plus dur, iris paresseux et vue très basse.

Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil gauche; soulagement immédiat et amélioration dans l'acuité visuelle. Au troisième jour, œdème et menace de phlegmon de l'orbite; on donne calomel à l'intérieur et on prescrit localement des émollients; la complication cesse et la guérison est complète au bout de 20 jours.

Observation XXXVII.

HAJRION (résumée) (2).

R..., soldat de 28 ans, tempérament lymphatique, mauvaise constitution.

Antécédents personnels: fièvre intermittente, pleurésie, variole, ophtalmie granuleuse, blennorrhagie uréthrale. Sta-

(1) Thèse de Raynaut, p. 95.
(2) *Annales d'oculistique*, t. XXIV.

phylôme de la cornée de l'œil droit et perte de la vue; on prescrit anticongestifs et toniques ; amélioration.

Tout à coup, sans cause appréciable, récidive brusque: douleurs vives de plus en plus intenses et s'irradiant à tout le côté correspondant de la face, amaigrissement, pouls petit et accéléré; l'œil gauche s'irrita, s'injecta, devint douloureux et se prit pour son propre compte.

Amputation de l'œil avec couteau de Beer: « Aussitôt toutes les humeurs de l'œil s'échappèrent et la coque oculaire se retira au fond de l'orbite ;» hémorrhagie assez abondante qui se répéta le soir avec plus d'intensité et qui fut arrêtée par l'occlusion palpébrale. Le lendemain matin: réaction vive, œil douloureux, et la suppuration ne tarda pas à s'établir. L'amélioration fit de rapides progrès, mais il resta une chute de la paupière supérieure.

A l'examen de la partie de l'œil enlevée, on constata que la conjonctive oculaire et le tissu cellulaire sous-jacent étaient parcourus par quelques gros vaisseaux.

Observation XXXVIII.

Thèse de CHUFFART (résumée)

Mme G..., 46 ans. A gauche: staphylôme de la cornée avec douleurs intenses et irradiées, et perte de la vision ; quelque temps après, irritation sympathique à droite: diminution de l'acuité visuelle, douleurs, larmoiement, photophobie, sensibilité à la pression, mais intégrité organique.

Amputation de l'hémisphère de l'œil gauche, le 18 avril 1879, par Desprès ; suites opératoires très simples, guérison définitive le 13 juin. 21 mois après, persistance de guérison, pas de douleur ni de fatigue, vue excellente. A la date du 22 mai 1888, M. Desprès nous écrit qu'il suit cette opérée et qu'elle est encore bien guérie.

Observation XXXIX.

Thèse de CHUFFART (résumée).

Émile F..., 7 ans, scrofuleux, est atteint d'irido-choroïdite de l'œil gauche avec douleurs, hydrophtalmie et perte de la vision. Depuis peu, l'œil droit est pris d'irritation sympathique : diminution de l'acuité visuelle, éclairs, photophobie, larmoiement. Plusieurs fonctions de l'œil gauche n'amènent aucune amélioration.

Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil gauche par Desmarres; les accidents sympathiques disparaissent le lendemain. La guérison est complète au bout de six semaines et il reste un moignon superbe.

Observation XL.

Thèse de CHUFFART (résumée).

Julie B..., 21 ans, constitution lymphatique ; hydrophtalmie consécutive à un staphylôme opaque de la cornée droite. A gauche, irritation sympathique; rougeur, trouble de la vision, diminution de l'acuité visuelle, mais pas de douleurs.

Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil droit par Desprès; quelques jours après, disparition des phénomènes sympathiques. Guérison définitive un mois après, avec moignon très bien conformé.

Observation XLI

Thèse de RAYNAUT (résumée).

X..., commis-voyageur, rhumatisant. En mai 1878, l'œil gauche est rouge, larmoyant, avec cercle périkératique,

l'humeur aqueuse est trouble, iritis, synéchies postérieures, pupille irrégulière avec exsudats, tension oculaire augmentée; au bout de quelques jours, on remarque du pus dans la chambre antérieure; douleurs intolérables; à gauche, irritation sympathique avec légère hypérémie des vaisseaux rétiniens.

Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil gauche par M. Métaxas; suppuration; la cicatrisation n'est complète qu'au bout d'un mois; guérison non démentie 50 jours après: le moignon est assez volumineux; l'œil artificiel ne sera appliqué que dans quelques mois.

Observation XLII.

Thèse de CHUFFART (résumée).

Jules C..., 22 ans. Perte de l'œil gauche à la suite d'un coup de pierre. Bientôt irido-choroïdite séreuse et synéchies postérieures, et, quelque temps après, l'œil droit est pris d'irritation sympathique: rougeur, larmoiement, photophobie, diminution de l'acuité visuelle.

Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil gauche par Desmarres; suites de l'opération très simples; disparition de tous les symptômes à droite au bout de quelques jours. Guérison complète dans trente jours et il reste un moignon excellent pour la prothèse.

Observation XLIII.

Thèse de RAYNAUT (résumée).

M^lle^ H. M...., 22 ans. A reçu un traumatisme sur l'œil gauche et a été opérée de la cataracte et de l'iridectomie

sans résultat. A droite, vue basse depuis deux mois; l'œil gauche est atrophié et présente des exsudats blanchâtres sur iris et dans pupille; il est le siège de douleurs surtout à la pression; l'œil droit est rouge et il y a un peu de congestion des vaisseaux rétiniens.— La malade refuse l'opération en 1876. En mai 1878, douleurs très fortes, surtout à gauche; à droite, il y a de la photophobie, du larmoiement et quelques douleurs.— Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil gauche par M. Métaxas; disparition des douleurs à droite le lendemain de l'opération; suppuration. La guérison n'est complète qu'au bout de trois mois, époque à laquelle on place un œil artificiel; la prothèse est parfaite. En novembre, « l'opérée peut accomplir les travaux les plus fins et les plus délicats. »

Observation XLIV.

Thèse de RAYNAUT (résumée).

Jules A..., 20 ans. A eu à 6 ans une ophtalmie à l'œil droit, et bientôt perte de cet œil. En avril 1878, douleurs violentes à droite, vue basse, œil diminué de volume, vaste leucome adhérent, l'œil gauche est dur et brillant et présente des phénomènes d'irritation sympathique.

Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil droit par Raynaut, d'après le procédé de M. Métaxas; suppuration longue; moignon douloureux; on déchire avec un sylet mousse la membrane cicatricielle, il sort une certaine quantité de liquide et les douleurs cessent. Amélioration; mais les cils sont renversés en dedans et entretiennent l'état inflammatoire; soins de propreté et guérison au bout d'une semaine; en juillet, la guérison est parfaite et l'œil artificiel bien supporté.

Observation XLV.

Thèse de CHUFFART (résumée).

Marie D...., 72 ans. Glaucome ancien à droite traité par l'iridectomie sans résultat, perte de cet œil. Deux ans après, à gauche : douleurs très vives, larmoiement, diminution de l'acuité visuelle, globe tendu et douloureux, cornée un peu terne.

Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil droit par Desprès; suites opératoires très simples. Guérison 28 jours après.

Observation XLVI.

BADAL (résumée) (1)

M^me^ M..., femme encore jeune, a perdu un œil depuis un an environ à la suite d'une ophtalmie purulente; elle présente une perforation de la cornée avec staphylôme total volumineux à forme ampullaire et bosselée et supporté par un pédicule étranglé par l'ouverture de la sclérotique; à l'autre œil, on remarque une irido-cyclite sympathique très intense avec troubles du corps vitré.

M. Badal pratique l'amputation de l'hémisphère antérieur du globe de préférence à l'énucléation, «dont l'urgence n'était pas démontrée;» comme il faut faire cesser au plus vite toute irritation sympathique et qu'il faut pour cela obtenir une cicatrisation rapide, le professeur de Bordeaux provoque pendant l'opération l'issue du vitré.

La guérison, en effet, a lieu dans quelques jours, et tous les

(1) Badal. Leçons d'ophtalmologie.

accidents sympathiques ont disparu; mais il reste encore quelques synéchies postérieures qui sont de temps en temps l'occasion de poussées inflammatoires; de plus, par suite de l'issue du corps vitré, le bulbe est partagé en quatre bosselures séparées par autant de dépressions qui correspondent à l'insertion des muscles droits ; en un mot, le globe est atrophié.

Observation XLVII.

Thèse de RAYNAUT (résumée).

Claire L..., 28 ans. A eu à l'âge de 13 ans une ophtalmie grave de l'œil droit. A 26 ans, les vives douleurs reparaissent avec rougeur et larmoiement, la cornée est staphylômateuse; irido-cyclite sympathique à gauche.

En janvier 1875, amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil droit, sans anesthésie, par M. Métaxas; l'humeur vitrée est évacuée en grande quantité; la suppuration dure un mois; vision normale au bout d'un mois et demi sans aucune douleur.

En décembre 1879, la guérison s'est maintenue, l'œil artificiel est bien adapté et suffisamment mobile ; mais la paupière supérieure présente un enfoncement très disgracieux.

Observation XLVIII.

Thèse de CHUFFART (résumée).

M. P..., 38 ans. A droite, perforation de la cornée par un grain de plomb qui va se loger dans le corps ciliaire droit; trois mois après seulement, irido-choroïdite suraiguë. A gauche, cyclite sympathique caractérisée surtout par de fortes douleurs.

Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil droit par Desmarres. Les phénomènes sympathiques disparaissent les jours suivants et, cinq semaines après l'opération, la guérison est complète.

Observation XLIX

Thèse de CHUFFART (résumée)

En 1866, chez une enfant de six mois, ophtalmie purulente avec ulcère perforant de la cornée à gauche et hernie de l'iris. Ophtalmie sympathique à droite : paupières injectées, douleurs ciliaires, conjonctive rouge, sclérotique arborisée, cercle périkératique; amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil gauche par Desmarres et guérison au bout de vingt jours. Revue 15 ans après l'opération, la malade n'a rien éprouvé depuis et le moignon est bien conformé; appareil prothétique très mobile « qui lui va à merveille et qui n'enlève rien à la beauté de cette jeune personne.»

Observation L.

Thèse de RAYNAUT (résumée)

Mme M. J..., 48 ans. A perdu l'œil gauche depuis quatre ans, à la suite d'un traumatisme perforant. En août 1878, elle se plaint de troubles visuels à droite, de violentes douleurs dans les deux yeux; à droite : rougeur, photophobie, larmoiement, fine injection des vaisseaux périkératiques, trouble léger de l'humeur aqueuse, iris normal, quelques corps flottants dans l'humeur vitrée et injection des vaisseaux rétiniens.

Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil gauche par M. Métaxas, sans anesthésie; beaucoup de vitré s'écoule au

dehors; suppuration dure un mois; le lendemain de l'opération, les douleurs ont disparu et l'amélioration s'accentue tous les jours.

A la fin octobre, guérison définitive, vue excellente; moignon comme une petite noisette, mobile et insensible.

Pièce artificielle en février 1879; elle est bien supportée et la difformité de la malade peut passer inaperçue.

Observation LI

RONDEAU (résumée).

Homme de 60 ans, se frappe dans l'obscurité l'œil droit avec une corde tendue. Inflammation, douleurs lancinantes pendant six ans et perte de la vision; alors, dans l'œil gauche, douleurs analogues à celles qui avaient marqué le début de l'affection dans l'œil droit.

L'amputation du segment antérieur n'amène aucune amélioration.

Deux ponctions n'amènent qu'un soulagement momentané.

Iridectomie sans résultat. Enfin, Follin énuclée le moignon et guérison.

A l'examen anatomique, on trouve des dépôts sur la face interne de la choroïde, un décollement de la rétine et des exsudats partout, les éléments nerveux du nerf optique et de la rétine n'offrent aucune altération.

Observation LII.

KONTOLÉON (résumée).

Mme T..., 57 ans. Perte de l'œil droit à la suite d'un traumatisme par épi de blé qui entra dans l'œil et provoqua une

inflammation très intense; en peu de temps, vision nulle et staphylôme.

Bientôt douleurs sympathiques du côté gauche, et Desmarres, consulté, fait l'excision du staphylôme. Suppuration et fortes douleurs. Guérison au bout de plusieurs semaines.

Cinq ou six ans après, poussées inflammatoires intermittentes dans le moignon, déterminant de l'irritation sympathique.

Galezowski énuclée le moignon enflammé et douloureux, et pratique l'iridectomie sur l'œil gauche. L'amélioration est très lente.

Remarquer que la malade n'avait jamais porté un œil artificiel.

Observation LIII.

Thèse de SABATERIE (résumée)

Femme de 23 ans, forte constitution. Atrophie de l'œil droit consécutive à une ophtalmie traumatique à l'âge de trois ans. A 16 ans, elle mit un œil artificiel et depuis lors éprouva parfois des douleurs; depuis huit jours, les douleurs sont devenues intenses, et à gauche il y a douleur, larmoiement, faiblesse et troubles de la vue très marqués.

A droite: cornée détruite dans le tiers inférieur; inflammation, moignon douloureux.

A gauche: douleurs surtout à la pression, conjonctive injectée, photophobie et sensation de gravier, pupille dilatée et insensible à la lumière, vaisseaux du fond de l'œil saillants, papille légèrement tuméfiée, acuité visuelle diminuée.

Amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil droit en juin; amélioration. Le 2 août, les douleurs ont reparu; énucléation du moignon; amélioration, mais la vue à gauche

reste inférieure à la normale. M. Poncet a trouvé le moignon envahi par des coques osseuses.

Observation LIV

Thèse de ROUTIER

Arnaud Anaïs, 33 ans, domestique (Gironde). Staphylôme total de la cornée droite avec hernie de tout l'iris et la plus grande partie des procès ciliaires; ophtalmie sympathique à l'œil gauche.

Amputation du segment antérieur de l'œil droit, avec suture en bourse, le 4 juillet. Guérison sans complication le 28 juillet. L'ophtalmie sympathique persiste.

Enucléation du moignon qui était resté douloureux le 28 juillet. Guérison le 11 août. Plus d'ophtalmie sympathique, néanmoins la malade sort de l'hôpital ayant la vue légèrement affaiblie du côté gauche.

CHAPITRE IV.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE L'OPÉRATION.

Nous avons maintenant à examiner quels sont les avantages et les inconvénients que présente l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil au point de vue opératoire, c'est-à-dire que nous allons étudier la valeur absolue de cette opération.

I. — Avantages de l'opération.

1° *L'opération est simple et facile.* — L'amputation de Watson est certainement une des plus simples opérations que l'on ait à pratiquer sur le globe oculaire: le chirurgien n'a rien qui puisse le gêner; il a le grand avantage, comme le fait remarquer le docteur Chuffart, d'opérer sur une région saillante, exposée au grand jour, de sorte qu'il voit ce qu'il retranche et ce qu'il laisse. En outre, cette opération est de la plus grande facilité et il n'est pas besoin d'être très habile opérateur pour la pratiquer.

2° *L'opération est peu douloureuse.* — Nous avons dit que l'on devait faire l'anesthésie la plus complète, pour la seule raison d'éviter, de la part de l'opéré, des contractions oculaires involontaires qui pourraient occasionner l'issue d'une trop grande partie du corps vitré; en dehors de cette considération et soit que le malade s'y refuse, ou qu'il y ait

contre-indication à l'anesthésie, l'opération peut être supportée sans trop de douleur, comme le démontrent plusieurs observations.

3° *L'opération est bénigne.* — A notre connaissance, il n'y a jamais eu d'accident mortel consécutif à l'ablation de l'hémisphère antérieur de l'œil, et la guérison a rarement dépassé quatre semaines. Les complications qui peuvent s'en suivre n'ont jamais eu de conséquences très graves, d'ailleurs on peut les éviter avec quelques précautions; et nous savons que la plupart des chirurgiens qui ont eu recours à cette opération s'en sont toujours très bien trouvés. D'un autre côté, elle inspire beaucoup moins de frayeur au malade que l'énucléation : plusieurs observations de la thèse de Sabaterie en font foi.

4° *Elle défigure très peu le malade et évite l'atrophie de l'orbite.* — S'il a été possible de conserver un moignon volumineux comme nous le recommandons, on n'aura pas à redouter les inconvénients consécutifs au vide orbitaire: les paupières seront soutenues par le vitré et on n'aura jamais ce que l'on appelle l'œil mort, comme cela arrive assez fréquemment après l'énucléation. L'expérience nous apprend que lorsqu'on enlève totalement le globe oculaire chez un jeune sujet, l'atrophie de l'orbite ne tarde pas à se manifester si on n'a pas pris la précaution de combler assez tôt le vide produit, par une pièce artificielle; or, nous avons vu qu'il y avait quelque danger à placer l'œil d'émail avant que toute trace d'inflammation ait complètement disparu, c'est-à-dire que la plupart du temps il faut attendre, avant de placer l'appareil prothétique, un intervalle de deux mois après l'opération, ou, si l'on veut, d'une trentaine de jours après la cicatrisation complète, de sorte que pendant ce temps

l'atrophie peut être déjà à craindre, ce qui n'arrive jamais si l'on a conservé un bon moignon.

5° *L'opération offre l'avantage de pouvoir être complétée au besoin par l'exentération ou par l'énucléation.* — Il peut se faire qu'à la suite d'un traumatisme par corps étranger on ne soit pas sûr ou même qu'on ne se doute pas de la présence de ce corps dans le globe oculaire; dans ce cas, l'opérateur, s'il s'est décidé à faire l'amputation de l'hémisphère antérieur, pourra pendant l'opération explorer le segment postérieur et procéder de suite, s'il y avait lieu, soit à l'exentération, soit à l'énucléation.

6° *L'opération donne une prothèse excellente.* — Si l'amputation a été faite dans de très bonnes conditions et s'il n'est pas survenu de complication fâcheuse, on a, au point de vue prothétique, un résultat merveilleux: le petit œil artificiel s'appuie de tous côtés et suit les mouvements du moignon dans une étendue quelquefois aussi grande qu'à l'état normal.

Raynaut, dans sa thèse, nous montre le cas d'une jeune personne opérée par M. Métaxas «qui portait une pièce artificielle tellement bien adaptée et si mobile que son fiancé ne s'en était jamais aperçu; la mère de la jeune fille dut l'en avertir;», le même auteur rapporte l'observation d'une institutrice de 22 ans (voir obs. 43), chez qui, 5 mois après l'opération, la difformité passait complètement inaperçue: «La malade raconte qu'une personne, qui avait entendu parler d'une opération pratiquée sur un de ses yeux, ne put tout d'abord distinguer le côté opéré.» Sabaterie nous cite aussi plusieurs malades qui ont obtenu une prothèse à peu près parfaite: un ouvrier de 35 ans «fait l'étonnement de tous ses amis qui croient qu'on lui a remis un œil physiologique (obs. 30);»

chez une enfant de 15 ans, « il est impossible de dire à première vue quel est le bon œil (obs. 29) ;» Chuffart rapporte le cas d'une jeune fille chez qui l'appareil prothétique est si bien adapté qu'il n'enlève rien à la beauté de cette personne (obs. 49). Le docteur Gillet de Grandmont suit, depuis plus de 20 ans, des opérés qui n'ont jamais eu qu'à se louer de l'amputation au double point de vue de l'esthétique et du port de la pièce «que l'oculariste n'est pas tenté de faire trop grande dans le but de chercher à cacher les dépressions palpébrales.» Enfin, qu'on lise les quelques observations précédentes prises dans le service de notre Maître, M. le professeur-agrégé Truc, et l'on pourra juger, par les mensurations faites de la mobilité du moignon. On voit qu'une bonne prothèse est un des plus grands avantages de l'opération de Watson ; cependant, nous sommes loin de vouloir mettre le but esthétique à côté du but curatif ; il nous resterait donc à étudier l'efficacité de l'amputation de l'hémisphère antérieur contre les accidents sympathiques. Mais, vu l'importance de cette question, nous nous réservons de la traiter dans un chapitre à part.

II — Inconvénients de l'opération

Dans ce paragraphe, nous nous proposons d'étudier les accidents et les complications qui peuvent survenir soit pendant l'opération, soit postérieurement.

Pendant l'opération, on n'a guère à redouter que l'issue d'une trop grande partie de l'humeur vitrée et l'hémorrhagie.

Issue de l'humeur vitrée. Elle se produit assez fréquemment, soit par une fausse manœuvre du chirurgien, soit par un effort du malade. Heureusement que les consé-

quences de ce léger accident ne sont pas très graves si la quantité de vitré qui a été expulsée n'est pas considérable; dans ce cas, le moignon sera un peu plus petit, mais la cicatrisation marchera plus vite, puisque la tension intra-globulaire sera moindre. Au contraire, si la chambre postérieure est presque complètement vidée, en dehors de l'hémorrhagie qui peut avoir lieu, le moignon court le risque de devenir difforme et douloureux; il pourra s'enflammer et gêner la prothèse, il sera tout naturellement porté à s'atrophier et par suite à donner lieu à des dépôts calcaires, à des coques osseuses, à un décollement de la rétine, autant de conséquences qui pourront provoquer plus tard à leur tour des accidents sympathiques (voir obs. 51 et 53). Voilà pourquoi nous sommes d'avis d'empêcher autant que possible l'issue du corps vitré: le chirurgien devra éviter toute pression sur le globe oculaire et pousser très loin l'anesthésie chloroformique, de manière à supprimer complètement les efforts du malade; d'un autre côté, avant d'opérer, on devra s'assurer qu'on n'a pas affaire à un œil trop ramolli et nous verrons que c'est là une grande contre-indication à l'opération.

Pour M. Métaxas, l'issue du corps vitré n'est pas un inconvénient, puisqu'il la provoque; nous avons déjà dit pour quelles raisons nous rejetions le procédé de ce chirurgien comme celui de Desprès qui, en somme, se confondent presque avec l'exentération.

Hémorrhagie. — Pour M. de Wecker, c'est là un sérieux danger auquel l'on est exposé en pratiquant l'ablation partielle du globe oculaire. Nous avons parcouru un grand nombre d'observations et nous avons pu nous convaincre que cet accident s'adressait surtout à l'excision des staphylômes volumineux, alors que la pression intra-oculaire était très

forte (obs. 11, 16, 37 et observations de Desmarres); dans nos recherches, nous avons rencontré plusieurs cas où l'écoulement sanguin a été assez abondant, mais il a toujours cédé aux moyens hémostatiques ordinaires; le cas le plus grave que nous ayons trouvé est celui que cite Hairion de Louvain (voir obs. 37).

En dehors des cas de staphylômes volumineux, l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil peut donner lieu à une hémorrhagie *ex vacuo*: 1° quand on ne suture pas et qu'on laisse ainsi le vitré libre de s'échapper; 2° quand on provoque l'issue de cette humeur. Il est vrai que le plus souvent cette hémorrhagie est légère et cède à de simples lavages, mais du moins elle peut être évitée si l'on opère comme nous l'avons indiqué; nous avons là une raison de plus qui nous fait rejeter le procédé de Métaxas et en général celui de tous les chirurgiens qui ne suturent pas.

En résumé, nous pouvons dire que l'hémorrhagie n'a pas la gravité que lui attribuent certains auteurs et en particulier de Wecker. Voyons maintenant si les complications post-opératoires ont plus d'importance: nous allons les passer en revue successivement.

Œdème des paupières. — L'œdème des paupières se rencontre quelquefois, particulièrement chez les sujets lymphatiques; il n'est pas en lui-même un grand inconvénient, puisqu'il disparaît presque toujours par quelques cataplasmes et par de simples applications de poudre de calomel (obs. 25), mais souvent il prédispose à la suppuration et peut être même le signe avant-coureur du phlegmon de l'œil.

Chémosis. — Le chémosis, d'ailleurs assez rare, survient (obs. 10, 12 et 13) principalement quand on a opéré sur un œil trop enflammé; il est accompagné la plupart du temps

par des douleurs très vives, et quelquefois même la suppuration est inévitable ; toutefois, si l'on arrive à temps, les scarifications répétées ont raison de cette complication.

Déformation de la face.— Le malade qui fait le sujet de l'observation de Hairion a présenté, après l'opération, un ptosis assez prononcé ; Desmarres, cité par C. Étienne, a signalé un cas d'ectropion. Enfin, on constate quelquefois un enfoncement disgracieux de la paupière supérieure, qui est, d'après nous, une fâcheuse conséquence de la suppuration, comme par exemple dans l'observation 47 ; si l'œil ne suppure pas, il n'y a presque pas de vide produit et, par suite, pas de déformation.

Cicatrisation lente. — Il arrive quelquefois, lorsqu'on ne fait pas de suture, que la cicatrisation met plus d'un mois pour être complète, et c'est là, pour certains auteurs, un véritable inconvénient, puisque pendant ce temps on a à redouter l'issue du corps vitré et l'inflammation de l'œil. Cette lenteur s'explique, comme le fait remarquer M. Badal, par la manière dont se fait la cicatrice dans le cas où il n'y a pas de suture : la membrane obturatrice, qui doit avoir près d'un centimètre et demi de diamètre, naît des bords de la plaie circulaire et de là tend à gagner le centre. Or, supposons qu'une hernie du vitré s'interpose entre les bords cicatriciels, alors la marche de la cicatrisation est arrêtée, et tout cela n'aurait pas lieu si on avait pratiqué la suture de la conjonctive.

Moignon enflammé et douloureux.— Voilà une complication qui a une très grande importance, d'abord parce qu'elle n'est pas très rare, et puis parce qu'elle oblige le chirurgien

à énucléer le moignon qui reste. Commençons par en rechercher les causes :

1° Un œil artificiel irrégulier et improprement porté, comme dans l'observation 53, ou appliqué trop tôt, comme dans l'observation de Gosselin, peut rendre un moignon douloureux et provoquer même des accidents sympathiques ; aussi faut-il apporter la plus grande attention dans le choix et l'entretien d'une pièce prothétique, et faut-il encore ne l'appliquer qu'un mois environ après la guérison définitive, lorsque toute trace d'inflammation a complètement disparu. Ce que nous disons du moignon qui reste après une amputation partielle, s'applique également aux moignons oculaires consécutifs à un traumatisme ou à une maladie spontanée, comme le démontrent les observations publiées par Lawson (1), par Ledoux (2), et en particulier l'observation rapportée par Warlomont dans le Compte-rendu du Congrès ophtalmologique de Londres, en 1873.

2° Il peut arriver même que le moignon soit douloureux en lui-même sans aucune cause déterminante ; cela est dû, la plupart du temps, à l'irrégularité de la cicatrice ou à des brides cicatricielles ; dans ce cas, on est souvent obligé d'énucléer le moignon.

3° Le moignon peut encore être douloureux par un excès de tension intraoculaire, qui peut amener en même temps un certain degré de lenteur dans la cicatrisation ; dans ce cas, on fait cesser les douleurs en provoquant, avec un petit stylet mousse, l'issue d'une petite quantité du liquide, comme l'ont fait Desmarres, Raynaut et Badal.

Le moignon, s'il est atrophié, peut provoquer des accidents sympathiques. — Un moignon qui a perdu la totalité ou la

(1) Lawson, *Ophtalmic hospital Reports.*
(2) Ledoux. Thèse de Paris 1871.

plus grande partie de son humeur vitrée, ou bien qui a été épuisé par une longue suppuration, est voué presque fatalement à l'atrophie et devient ainsi le siège de coques osseuses, de dépôts calcaires, d'un décollement de la rétine ; or, nous savons que ce sont là des causes non douteuses d'ophtalmie sympathique, en sorte qu'on sera obligé de recourir plus tard à l'ablation totale : cela prouve encore une fois qu'il y a tout avantage à conserver le plus de vitré possible et à éviter la suppuration, si l'on veut avoir des chances de prévenir l'atrophie. Cependant, dans certains cas, on a trouvé des coques osseuses indépendantes de l'atrophie ; il est évident qu'alors il faut recourir de suite à l'énucléation, puisque l'amputation partielle ne suffit pas seule à faire disparaître cette cause relativement puissante d'ophtalmie sympathique.

Enfin, il existe dans la science une observation très intéressante, nous démontrant qu'un moignon atrophié peut donner lieu à des attaques épileptiformes (observation de Galezowski, 21) ; ces accidents disparurent aussitôt que le moignon eut été énucléé.

Suppuration du moignon.— Une des plus grandes objections qui aient été faites aux ablations partielles du globe oculaire en général est la tendance qu'a le moignon à la suppuration. Voici comment s'exprime Sœlberg-Wells à ce sujet : « Une portion considérable de l'humeur vitrée peut s'échapper de la plaie et une hémorrhagie consécutive se déclarer, ou la suppuration du globe peut avoir lieu accompagnée de fortes douleurs et d'une vive réaction. Alors le globe s'affaisse et se contracte, ne laissant qu'un moignon tout petit, doué d'un faible degré de mobilité, insuffisant pour l'adaptation de l'œil en émail (1). » Kontoléon nous dit que la suppuration arrive au moins dans la moitié des cas, si ce

(1) Sœlberg-Wells. *A treatise on the diseases of the eye*, London 1870.

n'est plus souvent. «Une des plus fâcheuses conséquences, dit de Wecker, de l'opération du staphylôme, est l'inflammation suppurative de l'œil. Sans compter les vives souffrances que cet accident provoque, il en résulte un rapetissement excessif du globe défavorable à la prothèse. Cette inflammation suppurative s'observe surtout lorsqu'il se fait dans la cavité de l'œil un épanchement considérable de sang, par suite de la diminution brusque que l'opération du staphylôme produit dans la tension intraoculaire, tension que la maladie a souvent augmentée.» Il est incontestable que la suppuration est la complication la plus fréquente qui survienne après l'opération de Watson; les observations de Desmarres, de Desprès, de Badal, etc. en font foi; nous ne parlons pas, bien entendu, des cas de M. Métaxas, puisque le chirurgien provoque, par une mèche de charpie, l'inflammation suppurative. Cherchons à quelle cause peut être dû cet accident, et comment il se fait que certains opérateurs, comme M. Gillet de Grandmont et M. Truc, n'aient jamais eu à le déplorer. Nous croyons qu'on peut trouver la réponse dans la manière dont les uns et les autres font l'antisepsie. Nous savons, en effet, que Desmarres opérait à une époque où les pansements laissaient beaucoup à désirer; que Desprès faisait et fait encore une antisepsie tout à fait superficielle; que Badal enfin se contente la plupart du temps d'appliquer sur l'œil un tampon de ouate trempé dans l'eau froide. Quoi d'étonnant alors que ces chirurgiens aient à déplorer tant de cas de suppuration ? Que l'on procède au contraire à l'antisepsie la plus minutieuse telle que la pratique M. Gillet de Grandmont à Paris, ou telle que nous la voyons faire tous les jours par M. Truc à la Clinique ophtalmologique, et l'on verra que l'opération de Watson ne prédispose pas plus à la suppuration que n'importe quelle opération. Dans les quatre observations de M. Truc, en effet, nous pouvons affir-

mer qu'il n'y a pas eu trace de suppuration; dans un cas (observation 25), le malade était couvert d'eczéma et l'antisepsie était fatalement défectueuse, et cependant il n'y a pas eu la moindre goutte de pus, car la sécrétion à aspect mucopurulent dont nous avons parlé était due tout simplement à l'infiltration des fils de catgut ramollis, comme cela arrive généralement.

Il nous est donc permis d'affirmer que la suppuration du moignon peut être facilement évitée et que la grande objection de de Wecker ne peut plus tenir en face des progrès antiseptiques de la chirurgie moderne.

Phlegmon de l'œil. — Nous arrivons maintenant à la complication la plus grave qui ait été rencontrée, nous voulons parler du phlegmon de l'œil. Broca a vu cet accident une fois à l'hôpital des Cliniques (obs. 16). Badal l'a observé chez une nouvelle opérée, placée à côté d'une malade qui avait un abcès du sac lacrymal (obs. 17); chez le malade qui fait le sujet de l'observation du docteur Poucel, on constata, au troisième jour de l'opération, un œdème et une menace de phlegmon de l'orbite qui disparut par de simples émollients. Enfin, Fano a publié, dans le *Journal d'oculistique* du mois de février 1885, un nouveau cas de phlegmon après l'ablation du segment antérieur de l'œil. Nous sommes convaincu que ces accidents sont dus à une cause indépendante de l'opération, soit à un défaut d'antisepsie, comme sans doute dans l'observation de Broca, soit à une imprudence, comme dans l'observation de Badal.

Pour conclure, nous croyons être autorisé à dire que, au point de vue opératoire, les avantages de l'amputation de

l'hémisphère antérieur de l'œil l'emportent de beaucoup sur les inconvénients.

Reste à savoir quelle est l'efficacité de cette opération contre les accidents sympathiques.

CHAPITRE V.

DE LA VALEUR DE L'AMPUTATION DE L'HÉMISPHÈRE ANTÉRIEUR DE L'ŒIL COMME TRAITEMENT DES ACCIDENTS SYMPATHIQUES.

La question si controversée de l'efficacité de l'opération de Watson contre les accidents sympathiques mérite plus que toute autre d'attirer notre attention.

Nous ne nous dissimulons pas les difficultés et les inconvénients qu'il y aurait à entreprendre une pareille étude et à porter une appréciation quelconque en nous basant seulement sur les quelques faits que nous avons vus; voilà pourquoi nous avons cru bien faire de résumer la plupart des observations que nous avons pu recueillir, de les étudier, et de formuler ensuite les conclusions qui nous auront paru découler de notre étude.

Pour plus de simplicité, nous suivrons le plan que nous avons adopté pour nos observations, c'est-à-dire que nous étudierons l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil considérée d'abord comme traitement préventif, puis comme traitement curatif des accidents sympathiques.

I. — De l'opération préventive.

L'opération préventive a été faite surtout pour des staphylômes dans le but de faire disparaître une difformité, plutôt que pour soustraire le second œil à l'ophtalmie sympathique, car les tumeurs de la partie antérieure d'un œil

ne retentissent pas toujours sur son congénère. Il n'en serait pas de même des corps étrangers de la cornée, de l'iris ou du corps ciliaire, des luxations du cristallin, des leucomes adhérents, des tiraillements de l'iris, etc., car, dans ces cas, les accidents sympathiques sont pour ainsi dire la règle, et l'amputation préventive trouverait alors sa véritable application; mais on se décide difficilement à enlever une partie du globe oculaire, tant que l'œil blessé conserve un peu de vision ou que le second œil reste sain, et ce n'est le plus souvent qu'après l'apparition de quelques symptômes dans ce dernier qu'on se résigne à pratiquer une opération. Par suite, on comprend facilement que l'amputation préventive ait été faite rarement pour une cause autre qu'un staphylôme; mais, hâtons-nous de dire cependant que dans un certain nombre de cas d'ectasie du segment antérieur, il y a en même temps compression ou tiraillement de l'iris, et que, dans ces cas-là, l'ablation du staphylôme par l'opération de Watson doit être regardée comme une amputation préventive.

1° D'après les nombreuses observations de Desmarres et de Badal, on peut dire en règle générale qu'après l'amputation de l'hémisphère antérieur pour un staphylôme simple, c'est-à-dire non compliqué d'une perforation de la cornée, de tiraillements de l'iris, etc., les accidents sympathiques n'ont jamais apparu consécutivement. Nous pensons même que dans ces conditions, l'opération de Critchett serait suffisante, puisque toute la partie lésée serait enlevée, si ce n'est que ce procédé présente le grand inconvénient d'irriter le corps ciliaire.

2° Si au contraire il s'agit d'une perforation de la cornée avec staphylôme, comme dans l'observation 1, ou d'une plaie scléro-cornéenne avec hernie de l'iris et luxation du cristallin, comme dans l'observation 2, ou d'une simple section de

la sclérotique, comme dans l'observation 9, ou d'une irido-choroïdite suppurative, comme dans l'observation 10, ou d'un tiraillement de l'iris et des procès ciliaires, comme dans l'observation 13, ou d'une kératite suppurative, comme dans l'observation 15, peu importe dans ces cas qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de staphylôme, il y a à craindre des accidents sympathiques, puisque le corps ciliaire, qui seul peut être alors incriminé, est irrité et il n'y a qu'un seul moyen de prévenir ces accidents, c'est d'enlever le tractus uvéal, point de départ du réflexe sympathique. Voilà du moins ce que nous prouvent les nombreuses observations de Desmarres et de Badal.

A côté de ces succès, nous voyons que plusieurs ophtalmologistes nous citent des cas où l'ablation partielle n'a pas empêché les accidents sympathiques de se manifester: Follin, le premier, cité par Rondeau (obs. 19), nous dit qu'il a été obligé, après avoir fait une amputation partielle, d'énucléer le moignon; mais remarquons que ce chirurgien ne faisait pas du tout l'amputation de l'hémisphère antérieur; il se contentait de faire l'opération de Critchett (section trans-uvéale) ou même «d'enlever la cornée, fendre la capsule antérieure du cristallin pour faire sortir la lentille, arracher ensuite l'iris, puis, incisant la capsule postérieure, faire sortir une plus ou moins grande quantité de corps vitré (1).» Par conséquent, ses insuccès ne prouvent absolument rien contre l'observation de Watson, pas plus que l'appréciation suivante de Lawson: « Mon sentiment personnel est contre l'abscision du globe (obs. de Critchett), car j'ai vu des cas dans lesquels l'irritation sympathique de l'œil sain suivit cette opération dans un temps variable. Dans chacun de ces cas, toute irritation se dissipa après l'énucléation du moignon (2).»

(1) Walormont et Testelin. Supplément au traité de Mackenzie.
(2) Thèse de Kontoléon, p. 42.

Duplay (1), Abadie (2), Trélat (3), etc., condamnent aussi les ablations partielles; mais les observations sur lesquelles s'appuient ces auteurs ne visent absolument que l'opération de Critchett. «Le procédé de Critchett, dit Trélat, est ingénieux, le résultat immédiat est excellent; mais j'y ai renoncé depuis 6 ou 7 ans, parce que chez plusieurs malades j'avais dû, quelque temps après cette opération, énucléer le moignon que nous avions obtenu primitivement (4).»

Nous ne voulons pas dire cependant qu'on n'ait jamais observé des accidents sympathiques après l'opération de Watson; nous ne posons pas en principe, que les altérations de la cornée, de l'iris et du corps ciliaire soient exclusivement la cause de l'ophtalmie sympathique; il est démontré que les lésions des membranes profondes de l'œil doivent être assez souvent incriminées et nous admettons même que la transmission de l'inflammation puisse se faire par le nerf optique ou par les lymphatiques. Supposons le cas où il existe une de ces lésions profondes dont nous parlons: il est évident que l'amputation de l'hémisphère antérieur ne pourra en aucune manière empêcher les accidents sympathiques; voilà pourquoi il faut toujours se méfier des moignons atrophiés, puisqu'ils sont souvent le siège de dépôts calcaires, de coques osseuses et de décollements de la rétine et puisqu'ils peuvent ainsi déterminer une ophtalmie sympathique et même des attaques épileptiformes (obs. de Galezowski).

En résumé, quand on aura à redouter des accidents sympathiques à la suite d'une lésion localisée au segment anté-

(1) Thèse de Kontoléon, p. 41.
(2) Abadie. *Archives d'ophtalmologie* 1884.
(3) Thèse de Kontoléon. Voir aussi Duquesnay, thèse de Paris 1875.
(4) Trélat, *Gazette des hôpitaux* 1883.

rieur de l'œil, comme la transmission ne pourra se faire dans ce cas particulier que par l'intermédiaire du corps ciliaire, nous croyons que l'amputation de l'hémisphère antérieur, faisant disparaître non seulement le foyer de l'irritation, mais encore le point de départ du réflexe sympathique, sera une opération suffisante et efficace, à la condition indispensable qu'on évitera, par tous les moyens opératoires et antiseptiques, l'atrophie du moignon.

II. — De l'opération curative.

Nous avons cité, dans un chapitre précédent, les résultats obtenus par Watson, Richet, Desmarres, Desprès, Métaxas, Gillet de Grandmont, etc.; il nous a été impossible de réunir toutes les observations de ces chirurgiens et nous nous sommes contenté de résumer celles que nous avons pu recueillir; notre étude, par conséquent, ne portera que sur un nombre de cas tout à fait restreint, mais nous croyons que ce sera suffisant pour démontrer que l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil ne doit pas être complètement abandonnée; d'ailleurs, les faits qu'on pourrait ajouter ne feraient que plaider, pour la plupart, en faveur de cette opération.

Etudions donc les 33 cas d'amputation curative résumés précédemment (obs. 22 à obs. 54): nous trouvons 29 cas où l'opération a été efficace contre les accidents sympathiques, malgré les complications qui ont pu survenir, et 4 cas seulement où l'on a été obligé de recourir à l'énucléation du moignon (voir les observations 51, 52, 53, 54).

Examinons attentivement chacun de ces quatre derniers cas et cherchons à découvrir, si c'est possible, la cause de cette inefficacité:

1° Chez le malade qui fait le sujet de l'observation de

Rondeau (1), le traumatisme produit par une corde tendue n'a pas dû seulement faire sentir sa fâcheuse influence sur le segment antérieur de l'œil, mais a retenti certainement sur l'hémisphère postérieur, puisque l'on a trouvé, après l'énucléation du moignon, de nombreux exsudats, un décollement de la rétine et des dépôts calcaires sur la face interne de la choroïde. Il est clair que l'ophtalmie sympathique devait être attribuée à ces diverses complications, plutôt qu'au traumatisme lui-même, puisqu'ils ne se sont manifestés que 6 ans après l'accident; par suite, dans cette circonstance, l'amputation de l'hémisphère antérieur ne pouvait en aucune manière être efficace contre les accidents sympathiques, du moment qu'elle laissait subsister la cause de ces accidents: *sublatâ causâ tollitur effectus.* Il en serait de même pour tous les cas où la lésion (affection spontanée, corps étranger, etc.) occuperait le segment postérieur du globe oculaire.

2° Ce que nous venons de dire de l'observation de Rondeau peut s'appliquer aussi à celle de Kontoléon (2), mais peut être interprété d'une autre manière: ici, en effet, l'opération de Watson a fait certainement disparaître les douleurs sympathiques, puisque la guérison s'est maintenue pendant 5 ou 6 ans; mais la longue suppuration avait rendu le moignon difforme, douloureux, atrophié, par conséquent prédisposé à s'enflammer et à déterminer des troubles sympathiques.

3° L'observation de Sabaterie (3) nous prouve une fois de plus la nocuité d'un moignon atrophié: par les coques osseuses dont ce moignon était le siège, la malade était exposée tous les jours à une ophtalmie sympathique; l'œil de verre n'a fait pour ainsi dire que donner le coup de fouet en déterminant une inflammation. Il n'est pas besoin de dire que

(1) Voir observation 51.
(2) Voir observation 52.
(3) Voir observation 53.

l'énucléation seule pouvait arrêter définitivement les accidents sympathiques.

4° Enfin, il en est tout autrement pour le malade de Badal, dont l'histoire est brièvement rapportée à l'observation 54. Chez lui, le moignon ne s'était pas atrophié, il n'y avait pas eu suppuration ni aucune autre complication; la cause des accidents, localisée entièrement dans le segment antérieur, avait disparu par l'amputation de l'hémisphère, et cependant l'ophtalmie sympathique persistait après cette opération. Doit-on attribuer cet insuccès à ce que le moignon était resté un peu douloureux, ou bien est-ce parce que l'œil sympathisé était le siège d'une véritable inflammation et non pas seulement d'une simple irritation? Nous n'oserions nous prononcer trop catégoriquement, mais retenons que dans un cas d'ophtalmie sympathique vraie (lésions anatomiques), l'amputation de l'hémisphère antérieur a été inefficace.

Pour nous résumer, nous dirons : 1° que lorsque la cause, quelle qu'elle soit, réside dans le segment postérieur, l'opération de Watson ne peut pas donner un bon résultat ; 2° que lorsque un moignon s'atrophie après une amputation, il peut amener une récidive des accidents sympathiques ; 3° que l'opération a été impuissante dans quelques cas où les lésions de l'œil sympathisé se manifestaient par des troubles anatomiques.

Passons maintenant à l'étude d'ensemble des vingt-neuf observations qui démontrent l'efficacité du procédé chirurgical dont nous cherchons à déterminer la valeur.

D'abord, dans tous ces cas, que la lésion ait été traumatique ou spontanée, la vision a été complètement perdue. Mais à quelles causes doit-on attribuer l'apparition des accidents sympathiques? Dans les 29 observations, nous voyons :

15 plaies cornéennes, soit simples, soit le plus souvent accompagnées de hernie ou déchirure irienne, de corps

étrangers dans le cercle ciliaire, d'hypopion, de staphylôme, de cataracte traumatique, etc ;

5 staphylômes.

3 synéchies postérieures, dont un cas avec hypopion.

2 hydrophtalmies, dont une accompagnée d'irido-choroïdite.

1 leucome adhérent.

1 sarcome de la partie antérieure de la choroïde.

1 iridectomie sur un œil glaucomateux.

1 irido-choroïdite avec névralgies intenses.

Dans tous ces cas, la cause de la sympathie résidait donc uniquement dans la moitié antérieure du globe oculaire, et l'amputation de l'hémisphère antérieur, moins dangereuse que l'énucléation, devait être une opération suffisante.

Mais cette localisation de la cause est-elle la seule condition de l'efficacité opératoire? Ne devons-nous pas tenir un certain compte de la forme sous laquelle se manifeste l'ophtalmie sympathique? Si nous reprenons les 29 observations, nous voyons que 24 fois il n'y avait que des troubles fonctionnels (obs. 22 à obs. 45), c'est-à-dire qu'on avait affaire à la forme irritative, 5 fois seulement il s'agissait de troubles inflammatoires simples (irido-cyclite). Il est probable qu'on n'a rien à espérer de l'amputation de Watson contre les accidents sympathiques à forme plastique, puisque nous n'avons pas pu en trouver une seule observation et que d'ailleurs l'énucléation échoue, la plupart du temps, contre cette forme maligne. Disons même que, dans la forme inflammatoire simple, le succès est quelquelois douteux, comme le prouve l'observation 54; et, cependant, M. Gillet de Grandmont, se basant sur une expérience déjà longue, affirme que l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil «met aussi sûrement à l'abri des accidents sympathiques que l'énucléation. Elle offre même une double ressource contre la

transmission de ces accidents, puisqu'elle laisse la faculté de recourir ultérieurement à l'exérèse du moignon (1). »

A propos des observations sur lesquelles nous nous appuyons, on nous objectera sans doute que les malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour conclure à une guérison définitive, puisque les troubles sympathiques peuvent reparaître plusieurs années après l'opération. A cela, nous répondrons que tous les malades qui ont été revus longtemps après n'ont presque jamais présenté le moindre symptôme; ceux qui font le sujet des observations de Sabaterie n'avaient pas éprouvé la moindre douleur au bout de plusieurs mois; il en est de même de la plupart des opérés dont l'histoire est rapportée par Chuffart et par Raynaut: le premier de ces deux auteurs cite même un cas de guérison non démentie après 15 ans (obs. 49), et le second un autre cas analogue après neuf ans (obs. 32); nous apprenons par M. Desprès, à la date du 22 mai 1888, que la dame G..., qu'il a opérée en avril 1879, est encore bien guérie (obs. 38). Les malades opérés par M. Truc sont en parfait état, et la femme A..., en particulier (obs. 22), dont nous venons de recevoir des nouvelles par un de nos amis, interne à Cette, est très satisfaite de son opération.

Enfin, en dehors des cas que nous avons cités, le docteur Chuffart (2) nous dit qu'il a visité (1881) neuf personnes amputées de l'hémisphère antérieur entre 1864 et 1870, «et chez toutes les résultats ont été définitifs: le globe oculaire opéré n'avait subi aucune atrophie, il présentait le même volume que son congénère; les mouvements de l'œil étaient aussi réguliers qu'avant l'accident qui avait déterminé l'opération, enfin leur moignon était resté complètement indolore

(1) Communication écrite.
(1) Thèse de Chuffart, p. 46.

et l'appareil prothétique était bien supporté.» Nous apprenons aussi, par le même auteur, que Desmarres connaissait, en 1881, environ une trentaine de ses opérés chez lesquels la guérison a été aussi définitive que possible; et M. Gillet de Grandmont nous écrivait dernièrement que l'amputation donnait de grandes satisfactions aux malades; «j'en suis depuis plus de vingt ans qui n'ont qu'à s'en louer au double point de vue de l'esthétique et du port facile de la pièce.»

En présence de tels résultats définitifs, on ne soutiendra pas, comme l'ont fait certains auteurs, que les guérisons obtenues par ce procédé ne sont que temporaires.

Nous croyons avoir démontré par des faits indiscutables que, dans certains cas, l'opération de Watson est suffisante et efficace contre les accidents sympathiques, et en particulier contre les troubles purement fonctionnels; il est inutile de se demander si elle est d'accord avec les théories admises pour expliquer la pathogénie de l'affection, puisque ces théories sont si hypothétiques et si variables : que l'amputation partielle agisse en supprimant le corps ciliaire (comme cela est probable) ou bien en permettant aux microbes propagateurs de l'inflammation de s'écouler au dehors, comme le supposent certains chirurgiens, ou bien en diminuant la pression intraoculaire, cela nous importe peu : les faits prouvent bien plus que les théories les plus ingénieuses.

CHAPITRE VI.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

Après l'étude qui précède, il nous reste à donner les règles de conduite à suivre dans les cas de lésion traumatique ou spontanée du globe oculaire, et à poser les *indications* de l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil.

En principe, on ne doit jamais songer à cette opération si la lésion a dépassé le corps ciliaire : dans pareille circonstance, on s'adressera soit à l'exentération, soit à l'énucléation.

Prenons donc les cas seuls où la lésion est exactement limitée au segment antérieur de l'œil ; évidemment on ne devra pas pratiquer l'amputation de Watson dans tous ces cas, quels qu'ils soient, et il faudra tenir compte d'un grand nombre de considérations.

I. — L'œil lésé conserve un certain degré de vision.

1° *S'il n'existe pas d'accident sympathique*, on prescrira le traitement médical : repos absolu de l'œil, verres fumés, onctions mercurielles, mercure à l'intérieur, quinine avec extrait de belladone, atropine, etc., etc. Et si, en particulier, il s'agit d'un corps étranger, il pourra peut-être être extrait facilement s'il est superficiel, ou s'enkyster s'il est profond. Dans tous les cas, on placera le malade sous la surveillance la plus attentive ; avec un stylet mousse, le chirurgien explo-

rera de temps en temps, comme le recommande Horner, le pourtour de la marge cornéale de l'œil indemne ; dès qu'il reconnaîtra l'existence du point douloureux de de Graefe, il avertira le malade du danger qu'il court et commencera à appliquer un traitement plus actif.

2° *S'il y a de l'irritation sympathique,* on ne perdra pas de temps et on ordonnera les purgatifs répétés, les antiphlogistiques (vésicatoires, sangsues à la tempe) et on recommandera le repos le plus absolu ; si, après 4 ou 5 jours de ce traitement, les phénomènes, au lieu de s'améliorer, se sont aggravés, il faudra se tenir prêt à intervenir par l'opération chirurgicale.

3° *S'il y a des troubles sympathiques inflammatoires (forme séreuse, bénigne)*, après avoir essayé du traitement médical, on devra proposer tout de suite au malade le traitement chirurgical. Mais ici on tiendra un très grand compte du siège exact de la lésion ; si cette lésion est tout entière dans le cristallin, l'extraction de cette lentille pourra faire disparaître les accidents ; si elle est tout à fait localisée à l'iris (déchirure, enclavement, corps étranger, etc.) et si l'inflammation n'a pas dépassé cette membrane, nous sommes convaincu que l'excision de l'iris, faite de manière qu'elle dépasse les limites de la partie lésée, pourrait donner un bon résultat, comme le prouvent plusieurs observations de Dransart (1), de Siméon Snell (2), de Nettleship ; mais devant les insuccès de Mooren et de Gayet par l'iridectomie, nous n'oserions accorder trop de confiance à cette opération ; d'ailleurs, dans la plupart des cas elle est très difficile, pour ne pas dire impossible, à pratiquer, tant l'iris est ramolli, comme nous l'avons vu une fois dans le service de M. Truc.

Donc, le plus souvent, on se décidera pour l'amputation

(1) Dransart. thèse de Paris 1873.
(2) Siméon Snell, *The Lancet* 1883.

de l'hémisphère antérieur, surtout si le degré de vision de l'œil primitivement lésé est très faible. Cette opération sera presque toujours suffisante; mais il faut savoir qu'elle est quelquefois inefficace contre les accidents inflammatoires et se tenir prêt, en cas d'insuccès, à faire plus tard l'énucléation.

4° *S'il y a des troubles sympathiques inflammatoires à forme plastique, c'est-à-dire malins*: oh ! alors il faudra bien se garder de toucher à l'œil sympathisant. Sœlberg Wells, Pooley, Gayet ont vu souvent cet œil conserver un certain degré de vision et rester le meilleur, alors que l'œil sympathisé se perdait complètement, et Lawson (1) affirme que la sclérotomie de l'organe secondairement atteint lui a donné de très beaux résultats. Pour nous, nous sommes persuadé que, dans ces cas, l'amputation de l'œil sympathisé, surtout si la vision y est absolument nulle, doit être préférée à tout autre traitement, et le Dr Sabaterie nous cite dans sa thèse une observation de ce genre très concluante.

II. — L'œil primitivement lésé est complètement privé de vision.

1° *S'il n'existe pas d'accident sympathique*, on proposera l'amputation préventive si la difformité est gênante et si la lésion qui existe est une de celles qui retentissent le plus souvent sur le second œil, comme par exemple les affections de la cornée, de l'iris et du corps ciliaire (leucomes adhérents, plaies perforantes, déchirures, corps étrangers); c'est là, croyons-nous, la véritable application de l'opération préventive, et c'est alors qu'elle peut donner des résultats merveilleux; nous croyons que c'est vouloir compromettre le

(1) Lawson. *London ophtalmic hospital Reports* 1880.

succès que d'attendre, avant d'opérer, l'apparition de quelque symptôme sympathique sur l'œil sain.

2° *S'il existe déjà de l'irritation sympathique*, il n'y a pas à hésiter : il faut enlever sur-le-champ l'hémisphère antérieur de l'œil et ce serait une grande faute que de perdre inutilement son temps à prescrire des antiphlogistiques ou des collyres.

Nous n'insisterons pas plus longtemps, car les nombreuses observations que nous avons citées démontrent suffisamment que nous avons affaire ici à la grande indication de l'opération curative,

3° Il en sera à peu près de même si l'on se trouve en présence *de troubles inflammatoires simples.* Mais ici il faudra faire une restriction : on pourra dire au malade que l'opération partielle qu'on va lui faire a, en dehors de ses nombreux avantages prothétiques, de très grandes chances d'arrêter l'affection, mais on le préviendra du cas rare, mais possible, où il faudrait en venir plus tard à l'énucléation ; cela fait, le devoir du chirurgien est de se conformer au désir du malade.

4° Si les accidents sympathiques se manifestent sous la *forme plastique*, la seule chance de pouvoir conserver au malade un certain degré de vision est d'énucléer l'œil sympathisant et de faire une iridectomie ou une sclérotomie sur l'œil sympathisé (voir l'observation 2 de la thèse de Kontoléon).

Voyons maintenant quelles sont les *contre-indications* de l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil. Il n'est pas besoin de dire que cette opération est absolument inefficace et complètement inutile dans les cas où le siège de la lésion qui occasionne les accidents sympathiques occupe l'hémisphère postérieur du globe oculaire. Prenons donc exclusivement les cas où le foyer irritatif est localisé au segment antérieur :

1° L'amputation de Watson est contre-indiquée toutes les fois qu'il y a des altérations profondes, qu'on reconnaîtra à l'absence des phosphènes: Lorsqu'il y aura des dépôts calcaires, des coques osseuses, qu'on pourra souvent diagnostiquer par la dureté particulière du globe et par les douleurs déterminées à la pression; lorsqu'après un traumatisme violent on aura le droit de supposer un décollement de la rétine.

2° Elle est contre-indiquée quand le globe de l'œil présente une atrophie très avancée, puisqu'il faut soupçonner alors les altérations profondes dont nous venons de parler.

3° Elle est contre-indiquée lorsqu'on est à peu près certain de la présence de quelque corps étranger dans les parties profondes de l'organe, comme par exemple dans la plupart des accidents par armes à feu, par éclat de poussières minérales, etc. Cependant, dans les cas douteux, on pourrait toujours commencer par faire l'amputation de l'hémisphère antérieur, profiter de la plaie pour examiner les milieux et le fond de l'œil, et compléter par l'exentération ou l'énucléation si pendant l'opération on constatait une altération.

4° Elle est contre-indiquée quand il y a un ramollissement trop considérable du corps vitré, parce que cette humeur s'échapperait inévitablement pendant l'opération et amènerait les conséquences que nous avons déjà étudiées (atrophie, prothèse défectueuse, etc., etc.).

5° Elle est contre-indiquée, enfin, quand il y a à craindre une forte hémorrhagie, comme par exemple dans les cas de staphylômes volumineux, accompagnés d'une tension oculaire très forte, ou dont la surface est sillonnée par de gros vaisseaux dilatés et tortueux (voir obs. de de Wecker et de Hairion).

En tenant compte des indications et des contre-indications

précédentes, nous sommes d'avis de pratiquer l'amputation de l'hémisphère antérieur, de préférence chez les jeunes sujets et chez les personnes qui désirent avoir une prothèse oculaire aussi parfaite que possible. On aura recours à cette opération principalement pour les blessures de la cornée, de l'iris, du corps ciliaire, qu'elles soient simples ou compliquées de la présence de corps étrangers; pour les luxations du cristallin; pour les tiraillements de l'iris (leucomes adhérents, synéchies postérieures); pour les hydrophtalmies, les staphylômes, les ectasies du corps ciliaire, etc., etc., en somme, pour la plupart des lésions traumatiques ou spontanées du segment antérieur, à condition qu'elles n'aient pas occasionné des altérations profondes.

On voit que nous ne prétendons pas du tout vouloir remplacer l'énucléation par l'opération de Watson; mais nous croyons que dans les cas où celle-ci est suffisante, elle présente sur l'énucléation un grand nombre d'avantages, que nous allons résumer dans un court parallèle:

A. L'amputation présente beaucoup moins de répugnance au malade que l'énucléation; elle est moins douloureuse et moins difficile, car il n'est pas toujours commode d'aller sectionner le nerf optique dans une région que l'on ne voit pas; de plus, en pratiquant l'ablation totale, on court le risque de perforer le globe oculaire, ce qui peut occasionner l'infection de l'orbite.

B. Le vide produit par l'énucléation dans la cavité orbitaire est difficilement comblé par la pièce artificielle: de là, un enfoncement des paupières très disgracieux, quelquefois un renversement des cils, et même chez les jeunes sujets en particulier une atrophie de l'orbite et une asymétrie choquante; il peut arriver aussi que la forme de la cavité conjonctivale soit mauvaise et irrégulière et l'œil d'émail, irritant

alors la muqueuse, amène assez souvent une sécrétion muco-purulente ; enfin, l'épiphora n'est pas rare. L'amputation de l'hémisphère antérieur ne produisant pas le vide orbitaire dont nous venons de parler et offrant une toute petite cavité presque toujours régulière ne donne pas lieu à ces inconvénients.

C. Nous avons assez insisté sur les avantages prothétiques de l'opération de Watson : il est clair qu'après l'énucléation les mouvements du moignon ne sont pas si étendus et que l'infirmité n'est qu'incomplètement dissimulée.

D. Même en admettant que l'amputation partielle expose à la suppuration et qu'elle laisse place à une inflammation dont l'œil atrophié peut être le siège (Dubrueil), il faut cependant reconnaître qu'elle est autrement dangereuse que l'énucléation : dans celle-ci, en effet, sans compter qu'on peut accidentellement perforer l'espace de Tenon, on ouvre toujours l'espace intervaginal et on met la cavité crânienne en communication avec l'extérieur, de sorte que les conséquences peuvent en être très graves ; et ce n'est pas là seulement une simple vue de l'esprit, puisque l'on connaît actuellement une trentaine de cas de méningite mortelle consécutive à l'énucléation (1). L'hémorrhagie qui survient après l'énucléation n'est pas toujours aussi insignifiante que celle de l'amputation de l'hémisphère antérieur. Meyer en a signalé un cas qui a failli coûter la vie au malade (Société ophtalmologique de Heidelberg 1885), et Galezowski vient de publier, il y a 2 ans, deux cas d'hémorrhagie tenace ayant déterminé un phlegmon et une méningite mortelle consécutive (2). Ce n'est donc pas sans raison que Mauthner, Schweiger, Verneuil regardent l'extirpation comme pouvant

(1) Cas de Benson, de Graefe, Leber, Howe, Chevallereau, Galezowski, Verneuil, Priesley-Smith, Mc-Hardy. Waren Tay, Power, Nettleship, Griffith, Lang, etc., etc.

(2) Société française d'ophtalmologie 1886.

être parfois dangereuse, et ce dernier a même vu un cas de tétanos consécutif à cette opération.

E. Enfin, au point de vue de l'efficacité, l'énucléation n'a pas toujours prévenu ou enrayé les accidents sympathiques. Adam Frost, Bowers, Siméon Snell, Culbertson ont vu ces accidents éclater plusieurs jours ou plusieurs années après l'opération; Hirschberg, Brailey, Mauthner, Moorez, Ayres, Abadie les ont vus persister et même s'aggraver. Ajoutons, en terminant que Clausen a vu un cas d'ophtalmie sympathique déclarée 17 jours après la résection du nerf optique (opération d'Hasket-Derby).

Nous voyons donc que l'énucléation, tout en restant le traitement par excellence des accidents sympathiques, n'est pas aussi bénigne et aussi efficace qu'on s'est plu à le dire: par conséquent, l'amputation de l'hémisphère antérieur, pouvant donner dans les cas où elle est indiquée des résultats aussi bons sans présenter des inconvénients aussi grands que ceux de l'ablation totale, mérite d'être préférée à celle-ci, d'autant plus qu'elle offre au chirurgien l'avantage de *pouvoir recourir plus tard à une opération complémentaire* (énucléation), *qui est toujours possible.*

CONCLUSIONS.

I. — L'amputation du segment antérieur de l'œil comprend trois sortes d'opérations : 1° l'opération de *Taylor-Walton* ou amputation de la cornée seule ; 2° l'opération de *Critchett* ou amputation trans-uvéale ; 3° l'opération de *Watson* ou amputation rétro-ciliaire : amputation de l'hémisphère antérieur.

II. — L'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil donne les meilleurs résultats : 1° si l'on évite l'issue d'une notable quantité d'humeur vitrée ; 2° si, par toutes les précautions antiseptiques, on évite la suppuration qui est toujours fâcheuse ; 3° si l'on fait la suture, qui paraît être d'une très grande utilité : la suture conjonctivale par le procédé en croix ou en bourse de de Wecker est la meilleure.

III. — L'opération est simple, facile, peu douloureuse et bénigne ; elle présente des avantages esthétiques et prothétiques considérables.

IV. — Elle ne doit être pratiquée que lorsque la lésion est limitée à l'hémisphère antérieur de l'œil.

V. — Dans ces conditions, elle est très efficace : 1° comme opération préventive de l'ophtalmie sympathique ; 2° comme opération curative pour combattre la forme irritative de cette affection ; elle peut donner de bons résultats contre la forme inflammatoire simple (forme séreuse).

VI. — Elle est contre-indiquée lorsqu'il existe des altérations de l'hémisphère postérieur, ou lorsqu'il y a un ramollissement trop considérable de l'humeur vitrée.

VII. — Dans les cas où elle est indiquée, elle est préférable à l'énucléation; celle-ci d'ailleurs est ultérieurement praticable et constitue, le cas échéant, une dernière ressource.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 5 juillet 1888.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 5 juillet 1888.
Le Doyen,
CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abadie. — Archives d'ophtalmologie, année 1884, p. 132.

Badal. — Leçons d'ophtalmologie 1881, p. 147.

Barton. — Medical Gazette, London 1834.

Bloc. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier, 1er mai 1880.

Boucheron. — Gazette médicale de Paris 1876.

Brondeau (de). — Des affections sympathiques de l'un des yeux à la suite de la blessure de l'autre (Thèse de Paris 1858).

Chuffart. — Traitement de l'ophtalmie sympathique (Thèse de Paris 1881).

Critchett. — Compte-rendu du congrès de Londres 1872, p. 30.

Demours. — Traité des maladies des yeux, Paris 1818.

Desmarres. — Traité des maladies des yeux.

Dianoux. — Communication au congrès d'ophtalmologie, 1886.

Dransart. — Documents pour servir à l'histoire des affections sympathiques de l'œil (Thèse de Paris 1873).

Ducamp. — Deux cas d'irritation sympathique traités par l'amputation du segment antérieur de l'œil (Mémoire communiqué à la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier), Montpellier méd. 1888.

Duquesnay. — Du staphylôme opaque de l'œil et de son traitement (Th. Paris 1875).

Etienne (Charles). — Etude critique des différents traitements d'ophtalmie sympathique (Th. de Nancy 1886, p. 113).

Foucher. — Traduction de Warthon Johnes, p. 291.

Galezowski. — Bull. et mém. de la Société française d'ophtalmologie (Séance du 27 avril 1886).

Gosselin et Longuet. — Dict. encycl. des sciences médicales. *Art.* Ophtalmie symp.

Graefe (de). — Archiv für ophtalmologie (1857), t. III, p. 442 et t. XII, p. 100-127.

Gruson. — Etude générale des ophtalmo-sympathies (Th. de Lille 1883).

Guépin (de Nantes). — Annales d'oculistique, 1865.

Hairion. — Annales d'ocul., t. XXIV, p. 60.

Kontoléon. — Quelques considérations sur les ablations partielles du globe oculaire (Th. de Paris 1874).

Lawson. — London ophtalmic hospital reports (1866, 1867, 1869, août 1880).

Ledoux. — Des affections sympathiques de l'œil (Th. de Paris 1871).

Mackenzie. — Traité des maladies des yeux, traduct. Warlomont et Testelin.

Masselon. — Annales d'ocul., t. XC.

Mavel. — Thèse de Paris 1884.

Meyer. — Annales d'ocul., 1867, p. 129.

— Compte-rendu de la Société opht. de Heïdelberg, 1885.

Nuel. — Dict. de méd. et de chir. pratiques. *Art.* Ophtalmie symp.

Prichard. — Association médicale, oct. 1854.

— Annales d'ocul., t XXXII, p. 123.

Raynaut. — De l'ophtatmie sympathique, Montpellier 1880.

Reclus. — De l'ophtalmie sympathique. Thèse d'agrégation, Paris 1878, p. 114.

Rémy. — Dict. de méd. et de chir. prat. *Art.* Œil artificiel.

Rondeau. — Des affections oculaires réflexes et de l'ophtalmie sympathique (Thèse de Paris 1866).

Routier. — Etude critique sur les différents procédés d'énucléation, d'exentération et d'amputation du globe oculaire (Thèse de Bordeaux 1885).

Sabaterie. — De l'amputation du segment antérieur de l'œil comme traitement des accidents sympathiques oculaires (Thèse de Paris 1883).

Sichel (fils). — Traité élémentaire d'ophtalmologie 1879, t. I, p. 195.

Sœlberg Wells. — A treatise on the diseases of the eye, London 1870, p. 143.

Snell (Siméon). — The Lancet 1883, p. 183.

Tavignot. — Gazette des hôpitaux 1849, p. 196.

Taylor. — Annales d'ocul., t. XXXIV, p. 256.

Trélat. — Gazette des hôpitaux, 18 septembre 1883.

Verneuil. — Gazette hebdomadaire 1874.

Wardrop. — Morbid anatomy of the human eye, London 1819.

Warlomont et Testelin. — Supplément du traité de Mackenzie, p. 383.

Watson. — Medical Times and Gazette 1862, t. II, p. 681.

Wecker (de). — Maladies des yeux 1867, t. I, p. 355.

— **et Landolt.** — Traité des maladies des yeux, t. II, p. 207.

— — Chirurgie oculaire 1879, p. 304.

Withe Cooper. — Annales d'ocul. 1852, p. 123.

William (de Cincinnati). — Compte-rendu du Congrès ophtalmologique de Paris 1863, p. 139.

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

Introduction..... 7

Division et Plan..... 11

CHAPITRE I.— Historique..... 13

CHAPITRE II. — Du manuel opératoire et de ses principales modifications..... 23

CHAPITRE III. — Etude statistique des observations..... 36

1. — Observations d'amputation préventive contre les accidents sympathiques.. 38

2. — Observations d'amputation curative... 49

CHAPITRE IV. — Avantages et inconvénients de l'opération..... 74

1. — Avantages..... 74

2. — Inconvénients..... 77

CHAPITRE V. — De la valeur de l'opération comme traitement des accidents sympathiques..... 86

1. — Valeur de l'opération préventive.. ... 86

2. — Valeur de l'opération curative..... 90

CHAPITRE VI. — Indications et contre-indications..... 96

Conclusions..... 104

Index bibliographique..... 107

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !